BOSTON PSYCHOPATHIC HOSPITAL LIBRARY

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Herausgegeben von Sigm. Freud

XIV. Band 1928 Heft 4

Probleme der Therapie

Von

H. Nunberg

Wien

Das Bedürfnis nach einer Technik der Psychoanalyse, d. h. nach einer exakten Anleitung, wie psychisch Kranke zu behandeln sind, ist selbstverständlich. Dieses Bedürfnis war immer vorhanden, im Laufe der Jahre steigerte es sich aber dermaßen, daß es eine Reihe von Verfahren hervorbrachte, die nur gewissenhaft befolgt werden müßten, um einen sicheren Erfolg zu erzielen. Der Mißerfolg, zu welchem alle diese Verfahren im vorhinein verurteilt sind, beruht, glaube ich, auf der Einseitigkeit und gewissermaßen vorgefaßten Meinung, mit welchen an den Kranken herangetreten wird. Es ist gewiß naheliegend, eine wirkliche oder vermeintliche Entdeckung zu überschätzen und in der Therapie gleich auszunützen.

Jung fielen am meisten die mythologischen Gebilde auf, und nun glaubt er, daß die menschliche Seele ein Mythos sei. Adler fand Minderwertigkeitsgefühle und glaubt, daß der Mensch aus lauter Minderwertigkeitsgefühlen besteht. Rank stellt sich die Neurose als Reaktion auf die Geburtsangst vor. Reik und Alexander sind der Meinung, daß das wichtigste treibende Motiv der Neurose die Strafe ist. Reich stützt sich auf die Charakterveränderungen, die bei den Reaktionsbildungen der Zwangsneurose vorkommen, glaubt, daß der Charakter aus lauter Widerständen besteht, und will nun von einer einzelnen sogenannten Charaktereigenschaft aus die ganze Analyse aufrollen. Abgesehen davon, daß alle diese Entdeckungen keine Neuentdeckungen sind, daß sie längst im psychoanalytischen Lehrgebäude ihren richtigen Platz gefunden haben, ist ein so komplizierter Apparat, wie die menschliche Seele, von einem einzigen Punkte aus überhaupt nicht in Bewegung zu setzen.

Will man über praktische Ratschläge in der Behandlung sprechen, also über die Technik der Psychoanalyse, muß man zuerst versuchen, sich über die theoretischen Grundlagen der Therapie Rechenschaft zu geben. Ich beabsichtige daher nicht, über die Technik zu sprechen, sondern vielmehr zu versuchen, mir darüber klar zu werden, welche Veränderungen im Menschen bei der bisherigen, von Freud empfohlenen Behandlungsmethode vor sich gehen.

Bevor man an die Schilderung des Heilungsvorganges schreitet, muß man sich vor allem über das Wesen der Krankheit im klaren sein. Die Krankheit ist kein einfacher Vorgang. Wir unterscheiden einen primären und einen sekundären Krankheitsprozeß. Den primären Prozeß, also den Kern der Neurose, bildet Angst vor einer Triebgefahr und der damit eng verbundene neurotische Konflikt. Der Konflikt kann je nach der Schichtung entweder Ursache oder Folge der Angst sein. Den sekundären Krankheitsprozeß bilden die Symptome im weitesten Sinne des Wortes. Leitet doch das Ich all die komplizierten Verdrängungsvorgänge und andere Abwehrmaßnahmen ein, um sich der Gefahrsituation zu entziehen, der Unlust zu entgehen und die Angst zu bannen. Und aus diesem Abwehrkampfe geht die ganze Symptomatologie hervor. Das Gelingen des Abwehrkampfes bedeutet aber für das Ich zugleich eine Lösung des neurotischen Konfliktes. Das endgültige Ergebnis dieses Lösungsversuches ist Hemmung und Modifikation des Triebablaufes, d. h. Absperren des Vorstellungsinhaltes vom Bewußtsein und der Affektivität von der motorischen Entladung.[1]

Die erste therapeutische Aufgabe wäre daher, den Trieben zur Entladung zu verhelfen und ihnen Zugang zum Bewußtsein zu verschaffen. Abgesehen von der Angst, die das Ich bei solchen direkten Versuchen empfindet, gelingt in den meisten Fällen dies auch aus anderen Gründen nicht. Je länger die Neurose dauert, um so mehr verliert die Persönlichkeit an Kontakt mit der Realität. Gibt es doch Fälle, wo die leiseste Berührung mit der Außenwelt eine nur noch heftigere Ablehnung derselben zur Folge hat. Der Neurotiker ist überempfindlich gegen äußere und innere Reize. Der Patient wird durch die Krankheit asozial, er genügt nur noch sich selbst, und befriedigt seine Bedürfnisse nicht durch Veränderung der Außenwelt, sondern durch autoplastische Veränderung seiner Organisation. Gewisse Anteile spalten sich in der Neurose vom Ich ab, das in seinen Reaktionen primitiver wird, insbesondere wird es gegenüber Gefahrsituationen mehr infantil. Da sich seit den ersten Fixierungen die realen Verhältnisse, die eine adäquate Anpassung an die Wirklichkeit

1) Vgl. Freud: Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Schriften, Bd. XI.

erfordern, gründlich geändert haben, im Ich aber ein Teil abgespalten ist, der an den infantilen Reaktionen festhält, Reize als Gefahren wertet, die jetzt nicht mehr bestehen, so hat eine direkte Beeinflussung dieses abgespaltenen Ichs wenig Aussicht auf Erfolg. Außer dieser Realitätsentfremdung des Ichs kommt noch eine andere Schwierigkeit von dieser Seite hinzu. Das Ich hat die Triebansprüche verdrängt, gegen dieselben verschiedene Dämme in Form von Reaktionsbildungen aufgerichtet. Es lehnt Strebungen des Es ab, bejaht sie nicht; es hat damit die synthetische Funktion, seine Vermittlerrolle zwischen den gegensätzlichen Regungen des Es untereinander einerseits, und andererseits zwischen ihnen und der Außenwelt, eingebüßt. Noch mehr: infolge ihres kontinuierlichen Charakters können die Triebe nicht durch einmalige Abwehr gebannt werden. Das Ich muß vielmehr einen Daueraufwand von Abwehrkräften aufbringen, um die ersten Verdrängungen fortdauernd zu erhalten. Diesen Daueraufwand nennen wir Widerstand; er stellt sich uns als Schutz der Verdrängung dar. Ist man sich über diese Natur der Widerstände klar, so es ist nicht wahrscheinlich, daß das Ich, welches so viel Energie zum Schutze gegen die Triebgefahr aufwendet, daß ein Ich, welches sich auf die Ablehnung des Trieblebens eingerichtet hat und gegen ein Nachlassen dieser Ablehnung wehrt, diese Widerstände ohne weiteres aufgeben wird. Gewiß ist die Widerstandskraft aller dieser „Widerstände" nicht gleich stark. Manche erhöhen die Resistenz des Ichs gegen die äußere Beeinflussung und verschleiern die Zusammenhänge bis zur völligen Undurchdringlichkeit, manche geben leichter nach. Im vorhinein kann man aber nicht sagen, wie zähe der zu erwartende Widerstand ist. Man könnte annehmen, daß diejenigen Widerstände, welche im Verlaufe des Krankheitsprozesses am spätesten entstehen, am leichtesten durch direkte Beeinflussung zerstört werden können, z. B. der sekundäre Krankheitsgewinn. Aber auch das ist nicht immer der Fall. Der Unfallsneurotiker ist ein Schulbeispiel hiefür, jedoch auch in anderen Krankheitsformen, wie in der Zwangsneurose, dauert es manchmal sehr lange, bis der Patient sein sekundär aufgerichtetes Ideal eines hypermoralischen Menschen aufgibt, ganz abgesehen von der Paranoia, wo ein ähnlicher narzißtischer Widerstand, etwa der Stolz auf die intellektuelle Leistung im Wahngebäude, überhaupt unangreifbar ist. Der wirkliche Tatbestand ist, daß ein Widerstand derselben Art einmal direkt zugänglich ist, das andere Mal erst durch Unterminierung von der Tiefe her. Ähnlich leicht angreifbar könnte der Widerstand aus Schuldbewußtsein, also derjenige, der unter dem Einflusse des Über-Ichs entsteht, erscheinen. Das Schuldgefühl hat aber eine unbewußte Wurzel und tritt in Gestalt des unbewußten Straf-

bedürfnisses jeder äußeren Beeinflussung als mächtiger Widerstand energisch entgegen. Er steht eben nicht nur im Dienste des (Über-) Ichs, sondern dient auch in seiner tiefsten Schichte der Befriedigung von Triebbedürfnissen; so bildet er ein unüberwindliches Hindernis für jeden Versuch, sein dadurch bestimmtes Verhalten des Patienten an der Oberfläche anzugreifen.

Noch schwieriger wird der direkte Zugang zum dritten Ichwiderstande, dem Verdrängungswiderstande, sein. Steht er doch an der Wiege des Krankheitsprozesses, leitet die Abwehr ein und ist meistens der eigentliche Anlaß aller späteren Widerstände, deren Aufgabe es ist, diesen zu verstärken und seinen Erfolg zu sichern.

Damit ist aber die Reihe der Widerstände noch nicht erschöpft. So tritt während der Behandlung ein neuer Widerstand, jener „Übertragungswiderstand", auf, welcher sich aus der psychoanalytischen Situation ergibt. Da kommt es nicht selten vor, daß z. B. die „Liebe" einer Frau zum Analytiker ihr bewußt ist, sie sich jedoch dieselbe aus Selbstachtung nicht eingestehen kann (also als narzißtischer Schutz). Oder aber der unter dem Drucke der Verdrängung stehende Trieb wird in der Analyse wiederbelebt, tritt in Beziehung zur Person des Analytikers und kommt an Stelle einer Erinnerung als Agieren, durch den Wiederholungszwang, zum Vorschein. Hier verbindet sich wie beim Schuldgefühle eine Ichstrebung mit einer solchen des Es zu einem gemeinsamen Widerstande. Da dieser Widerstand auch im Dienste der Befriedigung einer verdrängten Triebregung steht, wird er sich unter allen Umständen zu behaupten trachten.

Der eigentliche Wiederholungszwang, als Widerstand des Unbewußten, ist von jeder Übertragung unabhängig. Seine Macht zeigt sich in der Anziehung der unbewußten Vorbilder auf den verdrängten Triebablauf. Dieser Widerstand wiederholt unbewußterweise nochmals die Abwehr und scheint sich automatisch zu vollziehen. Da wir überdies wissen, daß das verdrängte Es von der Außenwelt her nur auf dem Umwege über das Ich erreichbar ist, so ist der direkte Zugang zu den Symptomen vom unbewußten Es her noch weniger denkbar.

So sehen wir, daß die Widerstände ebensowenig vom Es aus wie vom Ich direkt zu beeinflussen sind.

Diese Widerstände sind unsere alten guten Bekannten. Manche von ihnen stellen in einem gewissen Sinne einen narzißtischen Schutz dar. Sie aber als integrierenden Bestandteil des Charakters aufzufassen, wie Reich es will, und ihnen den Namen eines „narzißtischen Panzers" zu geben, ist zu einfach. Der Charakter ist mehr als ein Konglomerat von Widerständen.

Die Neurose entsteht aus der Entzweiung zwischen den Strebungen des Es und den Forderungen des Ich. Das Ich ist immer bestrebt, durch Einleitung von Verdrängungen diesen Konflikt recht und schlecht zu lösen. Zunächst erweisen sich aber die Abwehrmaßnahmen des Ichs zu schwach, sie mißlingen. Schließlich gewinnt es aber doch Oberhand, es verdrängt die Triebe, die es jedoch dabei schädigt, wodurch es selbst geschädigt wird. Die therapeutische Aufgabe kann daher prinzipiell darin bestehen, daß ein Frieden zwischen den beiden Teilen der Persönlichkeit, dem Ich und dem Es, hergestellt wird, in dem Sinne, daß die Triebe keine aus der Organisation des Ichs ausgeschaltete Sonderexistenz führen und daß das Ich seine synthetische Macht wiedergewinnt. Die therapeutische Arbeit wird also zum Ziele ebensowohl die Beeinflussung des Ichs wie des Es haben.

Da der neurotisch Kranke sich mit so vielen Schutzvorrichtungen umgibt, so ist es ein Rätsel, warum er sich überhaupt in Behandlung, insbesondere in die psychoanalytische, begibt, wo er doch ahnen muß, daß gegen seine diversen Widerstände angekämpft wird. Gewiß gelingt es manchmal, — trotz dem früher Gesagten, — diese Widerstände durch Überrumpelung und Vergewaltigung des Patienten für kurze Zeit direkt anzugehen. Dies rächt sich aber schwer. Der Patient lernt nämlich in der Analyse erst recht, die Widerstände zu verbergen. Die kleine Öffnung schließt sich bald. Um kunstgerecht zu arbeiten, muß auch der Chirurg das Operationsfeld möglichst breit freilegen.

So aussichtslos ist jedoch die Frage der Therapie nicht, denn Tatsache ist, daß die Psychoanalyse Erfolge aufzuweisen hat. Wie kommt es also zur Behandlung und später zur Heilung?

In den meisten organischen Krankheiten gibt es gewisse Heilungstendenzen, die entweder im vorhinein bei jedem Menschen vorhanden sind oder mit dem Ausbruche der Krankheit als Reaktion von selbst entstehen. Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist daher, den normalen Ablauf des Krankheitsprozesses durch kunstgerechte Unterstützung der „natürlichen" Heilkräfte zu begünstigen.

Mit welchen natürlichen Heilungstendenzen darf nun der Analytiker rechnen, um die günstigsten Bedingungen für den „normalen Ablauf" der neurotischen Erkrankung zu schaffen?

Einen Menschen, der einen Dämmerzustand hat, einen schweren Melancholiker, einen Katatoniker usw., können wir nicht behandeln, mit einem Worte, solche Menschen nicht, die den Kontakt mit der Umgebung vollständig verloren haben. Voraussetzung der Behandlung ist also ein Stück mehr oder weniger intakter Persönlichkeit, d. h. es muß die Mög-

lichkeit einer Verständigung bestehen: es muß die primitivste Funktion des Ichs, die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit, erhalten geblieben sein. Einen Menschen, der taub oder stumm ist, können wir nicht beeinflussen. Ist doch das Wort das wichtigste Hilfsmittel in der Analyse. Die sozialen Beziehungen dürfen also nicht gänzlich aufgelöst sein, mit einem Worte, ein Stück freier Objektlibido ist Voraussetzung einer jeden Behandlung. Dies genügt aber noch nicht. Es muß auch Krankheitseinsicht bestehen, d. h. ein Gefühl von Ablehnung oder Fremdheit den neurotischen Symptomen gegenüber. Ferner muß ein Motiv vorhanden sein, welches den Patienten in die Behandlung führt. Dasselbe wird durch das neurotische Leiden ausgelöst, von welchem die Kur den Patienten befreien soll, also ein Genesungswunsch. Dieser verdankt somit seine Entstehung der sekundären Unlust, welche die Krankheit mit sich bringt. Dieser Wunsch ist aber nicht so einfach, denn er wird durch zwei sich anscheinend gegenseitig ausschließende Motive ausgelöst.

Das erste Motiv ist folgendes: Jeder leidende und kranke Mensch ist hilflos. Er wird daher in seiner Hilflosigkeit, wie ein Kind oder ein primitiver Mensch, geneigt sein, die Macht desjenigen, der ihm Hilfe verspricht, zu überschätzen. Er wird den Arzt, im weitesten Sinne des Wortes, vielleicht wie einen Zauberer betrachten. Diesen „Aberglauben" nützt doch jeder Arzt mehr oder weniger unbewußt aus. Nicht anders benimmt sich bei Einleitung der Behandlung der Psychoanalytiker, wenn er dem Kranken Heilung verspricht, allerdings unter der Bedingung, daß dieser gewisse Regeln der Kur einhält. Nebenbei bemerkt, zeigt sich gleich hier die Bedeutung der Persönlichkeit des Arztes für den günstigen Ablauf des Heilungsprozesses. Hat sich also die Beziehung des hilflosen und abergläubischen Patienten zu seinem von ihm mit magischer Macht ausgestatteten Psychoanalytiker hergestellt, so ist damit für den Anfang viel gewonnen, denn der unbewußte Teil der Persönlichkeit des Kranken steht jetzt auf Seiten des Arztes. Ist doch der Patient der Meinung, daß der Psychoanalytiker nichts anderes zu tun hat als das, was er seit Jahren unbewußt selbst treibt, d. h. mit magischen Mitteln, wie z. B. in der Zwangsneurose, ihn gegen die Gefahren der Triebe zu schützen, also vom Leiden zu befreien. Der Patient hat gewissermaßen den Arzt überlistet, aber auch sich selbst, und dabei im Ich gewisse Berührungspunkte mit dem Arzte gefunden. Er kann sich somit mit dem Analytiker, im Bestreben, sich Hilfe zu verschaffen, identifizieren. Trotz aller Widerstände wird er zum Helfer des Analytikers, begibt sich in gemeinsame Arbeit mit ihm. In den meisten Fällen wird jedoch diese Mitarbeit zunächst mißverstanden. Der Zwangsneurotiker, beispielsweise,

betrachtet die psychoanalytischen Regeln als Zauberformeln, die er formal gewissenhaft befolgen muß. Wo dies nicht der Fall ist, ist trotzdem für die meisten Patienten die Psychoanalyse ein Heiligtum, die Stunde ist ihnen eine Andacht. Jeder Patient hat irgendein Zeremoniell, mit dem er die Analyse umgibt.

Wie dem auch in den Einzelheiten sei, stoßen wir, wenn wir, Hilfe versprechend, an das intakte Ich des Kranken appellieren, auf ein unbewußtes Entgegenkommen, in welchem ein hilfloses Ich eine Stütze, wenn auch in einem ganz anders gemeinten Sinne, sucht. Immerhin wird die Angst des Patienten dadurch beschwichtigt.

Wie der Patient unter Hilfe etwas anderes versteht als der Arzt, — nämlich sich von demselben magische Kräfte zur Bekämpfung der unbewußten Triebgefahren zu leihen, — so enthält der Genesungswunsch — wie ich in einer Arbeit unter diesem Titel zu zeigen versuchte — noch ein anderes Motiv, das ebenfalls zu einem Mißverständnis führt. Der Patient versteht unter Gesundheit wiederum etwas anderes als der Arzt, nämlich die Befriedigung der verschiedensten Wünsche, Regungen, Erwartungen, Hoffnungen usw. Um nur ein Beispiel zu erwähnen, erwartet der Impotente von der Kur nicht eine normale, ihm adäquate Potenz, sondern eine Überpotenz im Sinne der Überkompensierung seines Kastrationskomplexes. Unbewußt enthält also der Genesungswunsch zwei sich widersprechende Wurzeln, die eine, welche vom Ich ausgeht und sich von der Behandlung eine Bekämpfung der Triebe verspricht, die andere vom Es, welche sich eine Befriedigung derselben erhofft. Obwohl so widerspruchsvoll, hat dennoch der Genesungswunsch das eine Vorteilhafte, für die Analyse Unerläßliche, daß er die Übertragung herzustellen beginnt, ja, zum Träger derselben überhaupt wird. Und aus der positiven Übertragung, aus Liebe zum Analytiker, nimmt der Patient die gemeinsame Arbeit mit ihm auf, die zunächst in der Bekämpfung der Widerstände besteht.

Welche Befriedigung hat er nun in der Übertragung, welcher Mittel bedient er sich, um die Arbeit in Gang zu bringen? In günstigen Fällen hat der Patient eine Befriedigung aus der Realisierung der im Genesungswunsche enthaltenen Motive. Seine erste Aufgabe, zunächst freie Einfälle zu liefern, erfüllt er gewissenhaft. Die Analyse wird gleich zu Beginn inhaltsreich und steuert ohne besondere Schwierigkeiten auf ihr Ziel los. Kein Kranker befolgt jedoch exakt diese Regel. Die meisten fügen sich ihr nur formal. Aus der Art, wie das Gesprochene hervorgebracht wird, ist deutlich die Lust am Sprechen zu erkennen. Das Wort gewinnt in der Analyse die alte Zauberkraft wieder. Der Patient glaubt, den Analytiker mit seiner Rede zu entzücken und zu blenden.

Diese Art zu sprechen überdeckt die alten Widerstände. Der Patient kann trotz der scheinbaren Befolgung der psychoanalytischen Grundregel sein Geheimnis wahren. Die erste Befriedigung, die er aus der Behandlung schöpft, ist also eine narzißtische: Blenden durchs Reden und Nichtpreisgeben des Geheimnisses. Genau dieselbe Doppelbedeutung kann das Schweigen haben. Die zweite unmittelbare Befriedigung hat er daraus, daß der Analytiker ihm Aufmerksamkeit schenkt, ihn anhört, sich mit seinen seelischen Nöten beschäftigt. Er schließt daraus, daß es Liebe sein muß, die ihm der Analytiker entgegenbringt. Die Enttäuschung kommt erst später. Eine ebensolche narzißtische Befriedigung bietet die Notwendigkeit, sich in sich zu vertiefen, das Insichschauen. Das gleiche gilt für die intellektuelle Leistung, wenn es dem Patienten gleich zu Beginn gelingt, einen psychologischen Zusammenhang zu finden. Diese Befriedigung nimmt jedoch mit dem Fortschritte der Analyse, sobald der Patient ein intellektuelles Interesse an ihr gewonnen hat, zu. Alle die Befriedigungen können auch zu Einleitungswiderständen werden. Gewiß sind dies jedoch nicht die einzigen ersten Widerstände und auch nicht jeder Patient macht zu Beginn dieselben Schwierigkeiten.

Dieses Einleitungsstadium, welches verschieden lange dauern kann, bringt aber die Behandlung nicht vorwärts, es ist höchstens für den Patienten angenehm.

Es kommt aber noch etwas hinzu, was allerdings für das bewußte Ich meistens unangenehm ist, trotzdem aber Erleichterung verschafft.

Wir wissen, daß jeder im Unbewußten angeregte Prozeß eine progressive Tendenz hat. Er ist bestrebt, das System *W-Bw* zu erreichen, bewußt zu werden und sich affektiv und motorisch zu entladen. In der Neurose, wo die unmittelbare Triebentfaltung gehemmt, verdrängt ist, ist der Druck von unten, dem Unbewußten her, im vorhinein stärker, deshalb das Bedürfnis nach Entlastung mächtiger als bei nichtgestauter Triebenergie. Der Neurotiker entlarvt daher fortwährend unwillkürlich sein verdrängtes Unbewußte. Man kann einfach von einer Selbstentlarvungstendenz sprechen, die jeden neurotischen Kranken beherrscht. Hat der Patient überdies unter einem starken Schuldgefühl zu leiden, so nimmt diese Tendenz den Charakter des Geständniszwanges (Reik) an, in welchem das unbewußte Strafbedürfnis befriedigt wird. Aber wie in der katholischen Beichte der Sünder durch seine Geständnisse Absolution und Milde erwartet, so erhofft er sich dasselbe vom Analytiker.

Durch alle diese Umstände wird die Beziehung zum Analytiker vertieft, die Übertragung hergestellt. Das schwache und hilflose Ich fügt

sich ihm, findet an ihm eine Stütze und läßt sich von ihm bei der Bekämpfung der Widerstände leiten. Die Übertragung wird jetzt zum Träger des Gesundheitswillens, ja, sie löst denselben ab und wird jetzt in den Dienst der eigentlichen psychoanalytischen Aufgabe gestellt.

Wir haben zu Beginn hervorgehoben, daß der neurotisch Kranke auf direktem Wege nicht zu beeinflussen ist, seinen Widerstand aufzugeben. Insoferne es sich aber um seine Hilflosigkeit und seine unbefriedigten Triebbedürfnisse, den Objekthunger, handelt, ist der Analytiker imstande, sich in sein Ich einzuschleichen und dort die Zerstörung der Widerstände in Angriff zu nehmen. Der Analytiker wird aber nicht nur mit dem magischen Ich des Patienten identifiziert, er wird auch zum Ideal erhoben. Er tritt an Stelle des Ichideals des Patienten. Da der Analytiker im Ich mit Libido umgeben wird, neutralisiert er gewissermaßen die Strenge des Über-Ichs. Durch die libidinöse Aufnahme des Analytikers ins Über-Ich wird dieses nachgiebiger, milder. Das Ich braucht sich jetzt nicht mehr in dem Grade wie früher vor demselben zu fürchten, wie es sich vor den Triebansprüchen nicht zu fürchten braucht, denn es ist auf beiden Fronten durch den Analytiker geschützt. Da dieser in seiner Person ebensowohl Strebungen des Ichs des Patienten, wie solche des Es vereinigt, wird er, wie prädestiniert zur Vermittlung im neurotischen Konflikte, zur Versöhnung der entzweiten Teile der neurotischen Persönlichkeit. Da ferner der Arzt dem verdrängten Triebanteile wohlwollend gegenübersteht, gibt das Ich des Patienten sukzessive seine Verdrängungswiderstände auf. Fühlt sich doch der Kranke, im Bündnisse mit dem Analytiker, einig mit ihm, von ihm geschützt, und braucht deshalb keine Angst vor Gefahrsituationen zu haben, die übrigens lange nicht mehr aktuell sind. Dies erklärt auch, warum so häufig gleich zu Beginn der Analyse die schwersten Angstzustände schwinden.

Um kurz zu wiederholen, erhebt der Patient den Analytiker zu seinem Ideal, identifiziert sich mit ihm nach Art des Hypnotisierten, findet in ihm einen Schutz und überträgt zuletzt auf ihn die Strebungen des Es. So vorbereitet, kann die Beeinflussung von innen heraus erreicht werden, der langsame Abbau der Verdrängungswiderstände in Angriff genommen werden.

Meine eigene Erfahrung lehrt mich, daß in denjenigen Fällen, wo diese Beziehungen nicht hergestellt werden konnten, die Behandlung früher oder später abgebrochen werden mußte.

Wir wissen, daß die Verdrängungswiderstände hauptsächlich im Abhalten des vorbewußten Vorstellungsmaterials vom Bewußtsein ihre Macht zeigen. Wenn auch in den meisten Phobien oder Zwangsneurosen pathogene Vorstellungen zumeist im Bewußtsein enthalten sind, so sind es doch immer

bloß Ersatzvorstellungen, weit von der Ausgangsvorstellung entfernt. Es wird sich daher in jeder Analyse vor allem darum handeln, das verdrängte Vorstellungsmaterial als Erinnerung zu bekommen. Fühlt sich der Patient einmal durch das Bündnis mit dem Analytiker geschützt, wird er die Scheu vor dem Erinnern unter Aufgeben aller dazugehörenden Widerstände fallen lassen. Noch mehr, er wird nicht nur, wie der Hysteriker, die Amnesien aufgeben, sondern auch, wie der Zwangsneurotiker, dem das Erinnern überhaupt leichter fällt, auf das Tabu der Berührung verzichten und die erinnerten Erlebnisse in einen zeitlichen und räumlichen Zusammenhang zueinander bringen. Durch das Erinnern wird eine Verbindung zwischen dem vorbewußten und unbewußten Erinnerungsmaterial hergestellt, wodurch die verdrängte Objektvorstellung wieder ins Bewußtsein treten kann, hier aber, als nicht mehr aktuell erkannt, ohne Angstentwicklung ertragen wird. Durch möglichst genaues Erinnern wird dann die reale traumatische Situation reproduziert. Mit der gegenwärtigen verglichen, zeigt sich jetzt das Nichtaktuelle und Irreale an derselben, wodurch nicht nur weniger Angst entwickelt wird, sondern auch die Realitätsprüfung eingeleitet werden kann. Da der Patient durch die Erinnerungsarbeit zu einer unlustvollen Situation gelangt, die er jetzt ohne Angst wieder erleben muß, lernt er außerdem Unlust ertragen. Ist doch die Überempfindlichkeit auf Unlust und die mit ihr zusammenhängende Angstbereitschaft, — die Unfähigkeit, größere Bedürfnisspannungen zu ertragen, — das Charakteristische für den Neurotiker.

Erleichtert wird das Erinnern durch zwei Momente. Durch die Verdrängung ist die Objektbeziehung gestört. In der Zwangsneurose droht sogar das Objekt verloren zu gehen. Um dem zu entgehen, bildet der Zwangsneurotiker Ersatzvorstellungen. Die Analyse unterstützt daher einen natürlichen Prozeß, mit dem Unterschiede jedoch, daß sie von den Ersatzvorstellungen zu den primären, also zu den eigentlichen Objekten vordringt. Das zweite Moment ist mehr allgemeiner Natur und hat auch für die Hysterie Geltung.

Wir haben von der progressiven Tendenz des Unbewußten gesprochen. Durch die Verdrängung wird diese Progression unterbrochen, die Triebe stehen durch Absperren der Abfuhrbahnen unter hoher Energiespannung, die, da sie kontinuierlich sind, den psychischen Apparat in fortwährende Unruhe versetzen. Diese Triebspannung ist das zweite Moment, welches die unbewußten Strebungen nach vorwärts treibt, zur Besetzung des Systems *W-Bw*, zur Entladung im Bewußtseinsakte und in der Affektivität. Diese Tendenz ist durch die Verdrängung gestört und der Patient ist froh, wenn

ihm durch die Analyse Gelegenheit zu dieser Entladung, wenn auch unter Widerständen, geboten wird.

Daß die Entladung der Affektivität Erleichterung verschaffen kann, kann man sich schon vorstellen. Warum aber das Bewußtwerden ähnlichen Erfolg haben sollte, ist nicht ohne weiteres einzusehen. Wir wissen, wie unangenehm der Zustand ist, wenn wir uns an etwas erinnern wollen, es aber nicht können, und wie erleichtert wir aufatmen, wenn sich die gesuchte Erinnerung einstellt. Vielleicht noch eklatanter ist die Erleichterung, welche ein Patient verspürt, wenn es ihm gelingt, ein wichtiges Stück vergessenen Materials zu erinnern. Es ist aber bemerkenswert, daß die Erleichterung nur eine einmalige ist, u. zw. in dem Momente, in welchem das Vergessene, wie durch einen Scheinwerfer beleuchtet, im Bewußtsein wieder erscheint. Um dies zu verstehen, müssen wir uns die Funktion des Bewußtseinsapparates vergegenwärtigen. Die wichtigste Aufgabe dieses Apparates ist das Wahrnehmen, ebensowohl nach außen wie nach innen. Er hat kein Gedächtnis, d. h. er kann Erinnerungsspuren nicht aufbewahren. Ein Erlebnis wird erst dann bewußt, wenn sich eine vorbewußte mit einer unbewußten Vorstellung vereinigt und durch einen besonderen Akt, denjenigen der Überbesetzung, ins Bewußtsein eintritt. Das Bewußtwerden ist daher ein momentaner Akt; es ist nicht imstande, seine Erregbarkeit für dieselbe Vorstellung dauernd zu erhalten. Da das System *Bw* keine Spuren von Erregungen (Erinnerungen) aufbewahrt, durch den Akt des Bewußtwerdens jedoch dem Ich eine Erleichterung verschafft werden kann, da ferner dieser Akt nur ein einmaliger ist, wenn er auch beliebig oft wiederholt werden kann, so bedeutet das Bewußtwerden eine Entlastung für das psychische System. Dieselbe kann so verstanden werden, daß die an den verdrängten Vorstellungen gebundene psychische Energie sich durch das Erinnern entlädt. Die auf diese Weise freiwerdende psychische Energie „verpufft" im Bewußtseinsakte, wie Freud sich ausdrückt. Kommt es doch vor, daß die durch die Analyse zutage geförderten Erinnerungen vergessen werden, der Patient aber gesund bleibt.

Die alte Theorie des Abreagierens besteht also aufrecht. Nur verstehen wir darunter nicht nur die Entladung in den Affekten, sondern auch im Akte des Bewußtwerdens. Da wir jedoch wissen, daß das Abreagieren, obwohl es momentan Erleichterung verschafft, nicht immer die Symptome beseitigt, so muß noch etwas hinzukommen, um den Heilungsprozeß zu Ende zu führen.

Das freie Assoziieren, das letzten Endes zum Auftauchen verdrängter Erinnerungen führen muß, geht niemals so glatt vor sich. Es ist beinahe eine Regel, daß mit dem Vertiefen der Analyse die Widerstände wachsen

und so kann man es immer wieder beobachten, daß an einer bestimmten Stelle der Assoziationskette ein Unbehagen von individuell verschiedener Intensität auftritt, ein Gefühl von Unheimlichkeit, das sich häufig bis zur Angst steigert. Diese Initialangst kann nur mit Hilfe des Analytikers überwunden werden, wobei jedoch die aktive Mitarbeit des Patienten unbedingt notwendig ist. Haben wir doch hervorgehoben, daß der Patient sein aktives Interesse den inneren Vorgängen — aus Erinnerungen zusammengesetzten Erlebnissen — nicht nur aus Liebe zum Analytiker zuwendet, sondern auch deshalb, weil er sich durch denselben geschützt fühlt. Dieser Schutz befähigt ihn somit, die Angst gegen das Erinnern fallen und den die Erinnerungen zusammenhaltenden anderen Affekten freien Lauf zu lassen. Aus Liebe zum Analytiker und im Bewußtsein der Rückendeckung durch ihn schwingt sich daher das Ich zu einer aktiven Arbeit auf, um die Erinnerungen aus dem Unbewußten zu heben und dabei, gewissermaßen als unbeabsichtigten Nebengewinn, den Trieben eine Entladung durch „Abreagieren" zu verschaffen. Es kommt aber noch ein anderes Moment hinzu.

Je mehr die Neurose sich entwickelt, desto mehr verliert der Patient den Kontakt mit der Realität, er zieht sich von ihr zurück und verzichtet auf die reale Befriedigung. Er wird der Außenwelt gegenüber mehr oder weniger gleichgültig und passiv.

Eine Zeitlang herrscht vollkommenes Einverständnis zwischen dem Patienten und dem Analytiker, ja der Patient verläßt sich vollkommen auf ihn, auch in den Deutungen und, wenn es möglich wäre, im Erinnern. Es kommt aber bald der Augenblick, wo dieses Einvernehmen gestört wird. Wie bereits erwähnt, werden die Widerstände immer stärker, je tiefer die Analyse geht und zwar in dem Grade, als man sich der pathogenen Ausgangssituation nähert. Außerdem gesellt sich noch zu diesen Schwierigkeiten das Moment der Versagung hinzu, das sich doch einmal in der Übertragung einstellen muß. Auf die Versagung reagieren die meisten Patienten mit Nachlassen in der Arbeit, mit Trotz und mit Agieren, d. h. mit Wiederholen von früheren Situationen. Der Patient überläßt dabei ein Stück aktiver Arbeit dem Analytiker: das Erraten, was er ausdrücken will und es nicht imstande ist, zu sagen. In der Regel handelt es sich um das Geliebtwerden. Die eigene Allmacht der Ausdrucksmittel (die auch stumm sein können) und die Allmacht des Arztes (also die Magie) werden auf die äußerste Probe gestellt. Zum Teil gelingt es dem Analytiker, diese Widerstände zu entlarven, zum Teil ist ein Erraten unmöglich. Der Konflikt, der jetzt kein innerer mehr ist, sondern ein solcher zwischen dem Patienten und dem Analytiker, wird somit auf die Spitze getrieben. Die Analyse

droht in Brüche zu gehen, d. h. der Patient steht vor der Eventualität, den Analytiker und dessen Liebe zu verlieren oder aber wieder aktive Arbeit zu leisten. Ist die Übertragung eine tragfähige, d. h. verfügt der Patient über ein Mindestmaß von aus ihren Fixierungen bereits gelockerter Objektlibido wieder, bekommt er Angst vor diesen Verlusten.

In solchen Fällen ereignet sich oft etwas Merkwürdiges. Wenn der Analytiker bereits die Hoffnung auf den günstigen Ausgang der Analyse aufgegeben, das Interesse an dem Falle verloren hat, kommt plötzlich eine Fülle von Material, welches ein rasches Ende der Analyse verspricht. Es ist wie bei manchen Patienten, die erst am Ende der Stunde interessantes Material bringen, in der Hoffnung, die Stunde ausdehnen zu dürfen, mit anderen Worten, das Beisammensein mit dem Analytiker zu verlängern. Ich kann mir dies nur so erklären, daß der Patient den Verlust des Interesses des Analytikers bemerkt, und infolgedessen eine Art Angst vor dem Liebesverluste bekommt. Um dem zu entgehen, erträgt er die Unlust, die ihm aus der Versagung und aus der Reproduktion der pathogenen traumatischen Situation erwächst, bequemt sich zur aktiven Mitarbeit, hebt aus dem Unbewußten die letzten verdrängten Erinnerungen. Die Trägheit des Trieblebens, die im Wiederholungszwange ihren Ausdruck fand, wird jetzt durch die Aktivität des Ichs überwunden. Der Motor der Verwandlung der Passivität des Trieblebens (in Gestalt des Wiederholungszwanges) in die Aktivität des Ichs ist die Angst vor dem Liebesverluste, also mobilisierte Objektlibido.

Die Aktivität des Ichs dient dann nicht nur dazu, die letzten Fixierungen der Triebe zu lockern und ihnen die günstigsten Bedingungen für das Abreagieren zu schaffen, sondern auch die Realitätsprüfung besser vornehmen zu können. Diese Prüfung wird ja in der Analyse selbst vorbereitet, indem beim bewußten Erinnern die infantilen Strebungen sich immer mehr als psychische und historische Bildungen erweisen, denen in der Realität, d. h. in der Gegenwart, nichts mehr entspricht. Aber auch die Übertragung bietet immer mehr Gelegenheit, die psychische von der äußeren Realität trennen zu lernen. Ich möchte bei dieser Gelegenheit nur ein einziges, dafür aber sehr instruktives Beispiel erwähnen. Nachdem es nach mehrmonatiger Analyse gelungen war, ein wichtiges Stück Vaterbindung bei einer Patientin aufzudecken, leitete sie die nächste Stunde mit einer Frage ein, wie meine Zähne beschaffen seien. Erstaunt, erkundigte ich mich nach dieser Frage. Die Patientin teilte mit, daß ihr gestern beim Abschied plötzlich meine Zähne aufgefallen seien. Sie sei nämlich bis dahin überzeugt gewesen, daß sich zwischen meinen Vorderzähnen ein Spalt befinde. Gestern habe sie aber das Gegenteil davon

bemerkt, konnte sich aber diese Täuschung immer noch nicht erklären, bis ihr bei Besprechung dieser Illusion plötzlich einfiel, daß ihr Vater auseinanderstehende Zähne hatte.

Daß die durch die Analyse erlangte exaktere Realitätsprüfung zum Aufgeben der Allmacht und Magie führen muß, ist fast selbstverständlich, ebensowohl wie die wiedererlangte Aktivität reale Veränderungen der Außenwelt herbeiführen kann, zwecks Schaffung von Bedingungen für wirkliche Befriedigung von Triebbedürfnissen, die eben aus der Verdrängung befreit worden sind.

Bliebe es dabei, so würde durch die Analyse bestenfalls ein Triebmensch geschaffen, der imstande wäre, seine erotischen und destruktiven Strebungen an geeigneten Objekten abzureagieren. So ist es aber in Wirklichkeit nicht, und wäre auch in einer Kulturgemeinschaft nicht möglich. Wir sehen hingegen, daß die Menschen nach der Analyse nicht nur in ihrem Triebleben freier sind, sondern auch besser Unlust ertragen können, imstande sind, sich eher zu beherrschen, Triebspannungen besser zu ertragen, zu sublimieren, sich der Realität besser anzupassen und trotzdem an neurotischen Konflikten nicht erkranken. Aktuelle Konflikte kann ihnen allerdings die beste Analyse nicht ersparen.

Wir wissen, daß durch den Prozeß der Symptombildung das Ich desorganisiert wird, das verdrängte Stück Triebleben wird aus der Ichorganisation ausgestoßen, den Gesetzen des Unbewußten unterworfen und jeder Beeinflussung von seiten des Ichs entzogen. Das Verdrängte führt eine Sonderexistenz, mit einem Worte, das Ich hat seine synthetische Funktion in der Neurose mehr oder weniger eingebüßt.

Das bewußte Denken ist ein synthetischer Prozeß, der in der Neurose zum Teil gestört ist. Die Wiederherstellung der synthetischen Funktion des Ichs wird schon mit dem ersten Erinnerungsakte eingeleitet. Geht doch mit dem Erinnern in der Analyse ein Finden von Zusammenhängen einher, ein Verbinden und Vermitteln zwischen den verdrängten Vorstellungselementen und dem aktuellen Ich, also ein Assimilieren des Verdrängten. Die Analyse nützt dabei bloß eine bereits vorhandene Tendenz des Ichs aus. Es ist geradezu erstaunlich, mit welcher Zähigkeit sogar der primitivste Mensch an seinem Kausalitätsbedürfnis festhält. Vielleicht keiner anderen Aufforderung des Analytikers folgt der Patient so bereitwillig und verständnisvoll, als derjenigen, nach den verborgenen Ursachen seines Leidens zu suchen. Das Kausalitätsbedürfnis wird gewissermaßen gleich am ersten Tage befriedigt, die letzten Phasen der Analyse segeln vollständig unter dieser Flagge. Das Erinnern wird dann so zum wichtigsten Hilfsmittel, die „Ursache“ zu finden. Diese gefunden zu haben, heißt dann

Verbinden, Vermitteln zwischen dem Fremden, Ausgestoßenen, dem Verdrängten und dem aktuellen Ich. Durch ein solches Assimilieren wird die Kontinuität der Persönlichkeit und das eigentliche Bewußtwerden eines psychischen Aktes herbeigeführt. Sehen wir ja, daß z. B. in der Zwangsneurose das Erinnern allein zum Bewußtwerden nicht genügt. Es müssen eben zu diesem Zwecke scheinbar heterogene Elemente miteinander verbunden werden. In der Analyse vollzieht sich also etwas Ähnliches, wenn auch an einem anderen Material und auf einem anderen Niveau, wie in der Paranoia in ihrem spontanen Heilungsversuche. Somit zeigt sich auch in dieser Beziehung die Macht des Eros, dessen Abkömmlinge noch in der desexualisierten Libido des Ichs ihre vermittelnde und bindende Wirkung im Heilungsprozesse ausüben.

Ich behalte mir vor, bei anderer Gelegenheit auf dieses Thema näher einzugehen; in dem gegenwärtigen Zusammenhange möchte ich nur noch darauf hinweisen, daß an dieser Stelle wahrscheinlich manche andere psychotherapeutische Methoden angreifen, mögen sie sich auch „Psychoanalyse“ nennen oder nicht. Der prinzipielle Unterschied zwischen diesen Methoden und der unsrigen besteht darin, daß ihre Patienten etwas Fremdes, ihnen von außen Aufgedrängtes assimilieren, während unsere ihr Ureigenstes unter schmerzvoller Selbstüberwindung zu assimilieren haben.

Während der psychoanalytischen Arbeit werden die diversen Widerstände langsam agnosziert und nur mehr als unzweckmäßige Arbeitsweisen des Ichs verworfen. Mit dem Entlarven der Widerstände, beziehungsweise mit dem Abbau der Verdrängungen gehen auch in der Struktur der Persönlichkeit selbst bedeutende Veränderungen vor. Die verdrängte Libido wird frei, die Repräsentanzen der Triebe können zu jeder Zeit ins Bewußtsein eintreten und sich in Affekten und Aktionen entladen. Da das Ich den geliebten und wohlwollenden Analytiker in sich aufgenommen hat, wird die Strenge des Über-Ichs eingedämmt. Da ferner das Ich durch Identifizierung mit dem hilfebringenden Analytiker angstfreier geworden ist, läßt es die verdrängt gewesenen Triebregungen zu, akzeptiert dieselben, kurz, das Verdrängte wird wieder ins Ich aufgenommen. Dasselbe gewinnt seine synthetische Funktion wieder, indem es seine Fähigkeit, einerseits zwischen Über-Ich und Es zu vermitteln, zurückgewinnt, andererseits zwischen dem letzteren und den Objekten der Außenwelt, die es nun mit den Strebungen des Es in Einklang zu bringen vermag.

Damit ist aber die Beschreibung des Herstellungsprozesses noch nicht beendigt. Das Ich, welches die Verdrängungsarbeit nicht mehr aufzubringen hat, wird seiner wichtigsten Aufgabe, der Realitätsprüfung, besser gewachsen.

Es ist daher imstande, zwischen realer und psychischer Gefahr, zwischen innen und außen zu unterscheiden. Da es fähig geworden ist, Unlust zu ertragen, gewinnt es auch die Fähigkeit, nicht ichgerechte Triebansprüche, d. h. solche, die eine äußere Gefahr mit sich bringen, eher zu bewältigen und anderen Zielen, wie z. B. denjenigen der Sublimierung, zuzuführen, ohne selbst dabei zu großen Schaden zu erleiden. Anderen, ichgerechten Trieben kann es durch zweckmäßige Veränderung der Außenwelt Befriedigung verschaffen. Der Kranke wird durch Rücksicht auf die Objekte der Außenwelt und Schonung derselben sozialer, er wird auch widerstandsfähiger gegen Triebspannungen, d. i. gegen Unlust.

Die psychoanalytische Behandlungsmethode nützt also „natürliche" Heilkräfte aus, die mit dem Ausbruch der Krankheit selbst entstehen. Diese sind zum Teil im Ich, zum Teil im Es gelegen. Sie gewährt dem Ich Hilfe im Kampfe gegen die Triebe, befreit aber zugleich dieselben aus den Fixierungen.

Die Veränderungen, die durch diese Heilkräfte im idealen Falle erzielt werden, beziehen sich auf die gesamte Persönlichkeit und sind daher folgende: Die Energien des Es werden mobiler, das Über-Ich toleranter, das Ich angstfreier und seine synthetische Funktion wird wiederhergestellt. Die Analyse ist somit eigentlich eine Synthese.

Ich sage nicht, daß das Ich angstfrei, das Es mobil und das Über-Ich tolerant wird, um anzudeuten, daß wir durch die Analyse nur relative Veränderungen herbeizuführen imstande sind, daß es also quantitative Unterschiede sind, um welche es sich hier handelt, die allerdings bloß abschätzbar, nicht aber meßbar sind.

Ich bin mir dessen bewußt, daß ich hier keine vollkommene Schilderung des Ganges der Analyse gegeben habe. Dies war auch nicht meine Absicht. Ich wollte aus der Fülle der beinahe unerschöpflichen Probleme bloß diejenigen, die sich mir während der Behandlung aufdrängten, herausgreifen, um sie meinem Verständnisse näher zu bringen. Meine Darstellung, die sich übrigens auf einen idealen Fall bezieht, entspricht im allgemeinen einer Resultante von vielen, in langjähriger Erfahrung gesammelten Eindrücken, die ich mir aber erst nach den jüngsten Arbeiten Freuds zu formulieren imstande war. Ich glaube auch mich mit meiner Darstellung dem wirklichen Verlaufe einer Analyse weitgehend genähert zu haben.

Die Technik ergibt sich von selbst. Sie heißt: den Ablauf des Heilungsprozesses nicht stören, hingegen die natürlichen, mitgebrachten Heilungstendenzen ausnützen. Allerdings ist es nicht zu vermeiden, daß durch

Lösen der einen Widerstände, bei Vertiefung der Analyse, als Reaktion, gleich neue auftauchen. Die Analyse verläuft eben wellenförmig. Strikte Regeln aufzustellen und Ratschläge zu erteilen, getraue ich mich jedoch, bei dem gegenwärtigen Stande unseres theoretischen Wissens, nicht. Die Analyse war und ist immer noch eine mehr intuitive Methode, die erst im nachhinein, durch fortwährend neu hinzukommende Erkenntnisse, ihre wissenschaftliche Begründung findet.

Die Analyse eines Eifersuchtswahnes

Von

Ruth Mack-Brunswick

New York

I

Einleitung

Die Patientin, mit der sich diese Arbeit beschäftigt, kam nach Untersuchung auf der Psychiatrischen Klinik mit der Diagnose Eifersuchtsparanoia zu mir. Ich bringe im folgenden ihre klinische und ihre analytische Krankengeschichte, um dann parallel mit dem Verlauf der Analyse die theoretischen Probleme zu erörtern, die sich aus ihr ergeben. Eine Beurteilung der diagnostischen und prognostischen Probleme möchte ich vorläufig noch aufgeschoben wissen.

Eine wüste Eifersuchtsszene, Selbstmorddrohungen und ein ernsthafter Suizidversuch auf der Polizeiwachstube hatten die Patientin zur Beobachtung auf die Psychiatrische Klinik gebracht. Von dort wäre sie trotz aller Dissimulationsversuche in die Irrenanstalt gekommen, wenn ihr Mann sie nicht auf ihr Drängen schließlich auf eigene Verantwortung wieder nach Hause genommen hätte. Nach ihrer Heimkehr erkrankte sie an einer Mastoiditis. Bei der Behandlung wurde sie dem Internisten der Ohrenklinik durch ihr Benehmen auffällig. Ihre psychiatrische Vorgeschichte kam zur Sprache, und da sie beim Befragen nicht völlig unzugänglich schien, schickte sie der Internist zu mir.

Sie war eine kleine, kümmerlich entwickelte, intelligente und nicht ganz reizlose Proletarierfrau, der man ihre dreißig Jahre nicht angesehen hätte. Ihr Benehmen war schüchtern, ihr Wesen scheu und mißtrauisch. Sie hatte sich offenbar nur auf starkes Zureden hin entschlossen, zu mir zu kommen. Sie war aber nicht schwer dazu zu bewegen, sich aufs Sofa zu legen und wurde dann allmählich viel zutraulicher. In der ersten Stunde brachte sie die Vorgeschichte und Beschreibung ihrer Symptome, die ich hier folgen lasse.

Sie war die Jüngste von fünf Geschwistern. Die Mutter war nach mehrjähriger Krankheit im dritten Lebensjahr der Patientin gestorben; der Vater heiratete nach einem Jahre eine unfreundliche Frau, die zwei eigene Kinder mit in die Ehe brachte. Zwischen der Patientin und ihrer ältesten Schwester bestand ein Altersunterschied von zehn Jahren; so war es natürlich, daß das jüngste Kind der Obhut des ältesten anvertraut wurde. Diese älteste Schwester, Luise, war körperlich gut entwickelt und von angenehmem Äußeren, aber geistig zurückgeblieben und sexuell abnorm. Sie kam in der Schule nicht weiter als bis zur vierten Klasse und brachte es nie zu irgendeiner geregelten Tätigkeit. Im 29. Jahr (dem Alter, in dem bei meiner Patientin die Psychose ausbrach) starb Luise in der staatlichen Irrenanstalt, in der sie die letzten fünf Jahre ihres Lebens verbracht hatte, an progressiver Paralyse. Sie hatte seit — richtiger schon vor — Eintritt ihrer Pubertät als Prostituierte gelebt, ferner lebenslang an Enuresis gelitten. Bei den ständigen Mißhandlungen durch Vater und Stiefmutter war schließlich die kleine Schwester, die sie anfangs bemuttert hatte, zu ihrer Beschützerin geworden.

Bald nach Ankunft der Stiefmutter wurde meine damals vierjährige Patientin zu entfernten Verwandten aufs Land geschickt. Von dort kehrte sie erst mit elf Jahren für ständig ins Elternhaus zurück. Drei Jahre später kam Luise in die Irrenanstalt.

Mit 28 Jahren heiratete meine Patientin einen gleichaltrigen Mann, dessen erste Werbung, kurz vor seinem Einrücken zum Kriegsdienst, sie abgewiesen hatte. Als sie zu mir kam, war sie bereits 16 Monate verheiratet. Sie war beim Sexualverkehr völlig frigid und gegen alle Annäherungen ihres Mannes, die über das Maß eines sanften Kusses hinausgingen, völlig ablehnend. Sie hatte intensive Vaginalkrämpfe, die das Einführen des Gliedes außerordentlich erschwerten und für sie schmerzhaft machten. Jeder Geschlechtsverkehr wurde von einer zwei bis drei Wochen andauernden heftigen Menstruation gefolgt. Nach einigen besseren Tagen pflegte dann — gewöhnlich, aber nicht immer als Folge eines Koitus — die Blutung von neuem zu beginnen. Dieser übermäßige Blutverlust hatte eine starke sekundäre Anämie verursacht. Die unmittelbare Folge dieser sexuellen Schwierigkeiten waren monatelange Enthaltsamkeit und Übellaune auf seiten des Mannes und der Ausbruch der paranoischen Psychose auf seiten der Frau.

Sie entwickelte die Vorstellung, daß ihr Mann unerlaubte Beziehungen zu ihrer Stiefmutter, einer Frau von mehr als 50 Jahren, unterhielt. Anfangs erschien ihr selber diese Idee nicht sehr glaubwürdig. Es kam ihr wohl vor, daß der Stiefmutter ungewöhnlich viel daran gelegen war, mit dem

Schwiegersohn gut zu stehen. Nur hatte die ganze Sache zuerst keine große Bedeutung. Allmählich drängten sich ihr dann kleine Beobachtungen auf. Die Stiefmutter bestand zum Beispiel darauf, einen Sonntagsausflug mitzumachen, den die beiden jungen Leute zu zweien geplant hatten, und der Mann ließ es ohne Widerspruch geschehen. Wenn die Patientin mit ihrem Mann zum Sonntagsbesuch zu den Eltern kam, erschien die Stiefmutter im Staatskleid und ließ es sich nicht nehmen, den Schwiegersohn beim Kommen und Gehen zu küssen. Für die Tochter hatte sie solche mütterliche Zärtlichkeiten niemals übrig. Einmal bemerkte die Patientin, wie der Fuß der Stiefmutter sich unter dem Tisch mit dem des Schwiegersohns berührte. Als sie Bemerkungen darüber machte, geriet die Stiefmutter in Wut und spottete, die Patientin scheine der Liebe ihres Mannes nicht sehr sicher zu sein.

Die Ereignisse erreichten ihren Höhepunkt darin, daß die Stiefmutter — nicht zum erstenmal — den Schwiegersohn in den Stall begleitete, wo er das Pferd für die Nacht zu versorgen hatte. Als sie nicht sofort zurückkamen, ging die Patientin ihnen nach. Sie fand nichts Auffälliges, war aber trotzdem überzeugt, daß sie zu jener Zeit und an jenem Ort in sexuelle Beziehung zu einander getreten waren.

Jetzt begannen auch die Hausnachbarn ihr Gerüchte zuzutragen. Sie verbot ihrem Mann, die Eltern allein aufzusuchen; sie verbot ihm in gleicher Weise, sich von der Stiefmutter in den Stall begleiten zu lassen. Aber sie konnte der älteren Frau nicht verbieten, den Schwiegersohn anzusprechen; und der spöttische Triumph, den sie aus ihrer Stimme heraushörte, verwundete sie aufs tiefste. Sie konnte auch die Nachbarn nicht davon abhalten, allerlei Geschichten herumzutragen. Jeder machte sich über sie lustig, nicht nur ihr Mann und die Stiefmutter. Auf der Straße quälten sie die Blicke und das Lachen von völlig Fremden, die Schlechtes von ihr sagten. Manchmal, wenn sie sich so beobachtet fühlte, wunderte sie sich selbst, warum Leute ein so böswilliges Interesse an ihr nehmen sollten, die nicht einmal wußten, wer sie war und noch weniger wissen konnten, daß sie von ihrem Mann betrogen wurde. Dann hatte sie wohl manchmal das Gefühl, das Ganze könnte ein Irrtum sein; alles erschien ihr so unwahrscheinlich. Gerade dann aber ereignete sich immer irgendeine Kleinigkeit, die sie in ihrem Verdacht bestärkte. Nicht nur die Fremden, auch ihre nächste Umgebung war gegen sie; nur der Bruder und die Stiefschwester blieben ihr freundlich gesinnt. Ihre größte Feindin war die Stiefmutter, die nächstgrößte ihre Schwiegermutter, mit der sie und ihr Mann leider Zimmer und Küche teilen mußten. Sie hatten sogar alle drei zusammen in zwei Betten geschlafen, bis vor kurzem die Anschaffung eines

Sofas für die Schwiegermutter dieser Schwierigkeit ein Ende machte. Trotzdem war der Raum ein sehr beengter und die Patientin konnte sich bei Tag und bei Nacht nicht rühren, ohne von der alten Frau beobachtet zu werden, die begreiflicherweise nicht beglückt davon war, den Lieblingssohn und das Zimmer mit einer zwar furchtsamen, aber doch eigensinnigen und mißtrauischen Schwiegertochter teilen zu müssen.

Ich zähle in diesem ersten Teil noch verschiedene bemerkenswerte Symptome auf, deren Struktur und diagnostische Bedeutung ich erst später erörtere. Das erste dieser Symptome ist die Klage der Patientin, sie habe keine Gefühle, könne weder lieben noch hassen und hätte nie für jemanden wirkliche Zärtlichkeit empfunden. Dieses Symptom verschwand, sobald die wichtigste Gefühlsbindung der Patientin bewußt gemacht worden war; mit anderen Worten, ihre Gefühle waren vorhanden, waren aber auf ein unbewußtes Objekt beschränkt und infolgedessen nicht sichtbar. Ein zweites Symptom besteht in periodischen und scheinbar unmotivierten Wutanfällen, in denen die Patientin vorübergehend den Kontakt mit der Außenwelt verlor, nichts spürte als ein ungeheures Sausen und Brausen im Kopf, und das Gefühl hatte, daß ihre Augen größer wurden und sich von den Augenhöhlen zur Schläfe hin entfernten. Ein drittes Symptom ist die Empfindung eines elektrischen Stromes in ihrem Kopf, die manchmal, aber nicht immer, gleichzeitig mit dem eben beschriebenen Wutanfall auftrat. Dieses Symptom, das bei so vielen Psychosen mit paranoischen Zügen aufzutreten pflegt und theoretisch leicht zu erklären ist, wurde im Laufe der Analyse von der Patientin selbst gedeutet, während der Mechanismus des zweiten Symptoms mit seinen körperlichen Begleiterscheinungen erst in der letzten Analysenstunde Aufklärung fand.

Mit dieser Einleitung als Basis, verfolge ich nun den Gang der Analyse, um das Material so vorzubringen, wie es sich mir im Verlaufe der analytischen Arbeit darbot.

II

Analyse der infantilen Sexualstrebungen

1) Der Einfluß der Verführung

Am Beginn der zweiten Stunde machen sich Übertragungsschwierigkeiten geltend. Die Patientin liegt unruhig auf dem Sofa und behauptet, nichts mehr zu wissen. Ich erkläre ihr, daß Träume oft eine gute Hilfe seien, und gebe ihr einige einfache Unterweisungen in der Assoziationstechnik. Daraufhin bringt sie zwei Träume, als ersten einen Alptraum, der seit

Beginn des psychotischen Zustandes regelmäßig wiederkehrt, als zweiten einen Traum, der sich mit der analytischen Situation beschäftigt. Der Angsttraum lautet wie folgt:

Ein schwarzer Mann kommt zu der Patientin und hat Geschlechtsverkehr mit ihr. Sie hat beim Koitus große Angst, kommt aber zum Orgasmus.

Dieser wiederkehrende Traum ist einer der wichtigsten Bestandteile ihrer Psychose.

Auf Befragen, was ihr zu dem schwarzen Mann einfällt, meint die Patientin, sie habe keine Ahnung, wer er sein könne, das Auffälligste an ihm aber sei eine große, flatternde Masche gewesen. Zu diesem für einen Mann ungewöhnlichen Stück der Kleidung fällt ihr auch sofort etwas ein: „Gerade so eine Masche hat meine Schwester in ihrem schönen blonden Haar getragen. Sie ist ihr so gut gestanden." Sie fügt noch hinzu, daß der Mann in diesem Traum oft einen langen schwarzen Mantel anhat.

Beim Versuch, die orgastischen Gefühle im Traum zu beschreiben, sagt sie: „Es erinnert mich — wie soll ich das nur sagen — an das Gefühl bei der Selbstbefriedigung."

Folgen wir diesen Assoziationen in der Reihenfolge ihres Auftretens. Die Patientin nimmt willig die Deutung an, daß der schwarze Mann mit der Masche eine Verkleidung der Schwester ist; die Übereinstimmung, daß die Schwester tot und der Mantel schwarz ist, bestärkt sie noch in dieser Überzeugung. Mit ihrer Beschreibung des Gefühls beim Orgasmus eröffnet sich das ganze Kapitel der infantilen Onanie. Eine sehr plastische Erinnerung aus dem neunten Lebensjahr steigt jetzt auf: Sie kugelt mit einem etwa fünf Jahre älteren Mädchen im Heu herum; sie sieht das Gesicht des Mädchens und die folgenden Vorgänge in aller Deutlichkeit. Sie kitzelt das ältere Mädchen am Halse und erhält die Aufforderung, „dasselbe weiter unten zu tun". Sie tut es, worauf das Mädchen das gleiche an ihr vornimmt. Solche Vorgänge im Heu wiederholen sich zwischen den beiden Mädchen durch eineinhalb Jahre. Dann werden sie eines Tages von der das Haus führenden Tante ertappt und gründlich durchgeprügelt; die Tante erklärt ihnen, was sie getan haben, sei eine große Sünde, davon werde man krank und schlecht. Das ältere Mädchen, die Anstifterin, schiebt jetzt vor den andern die Schuld auf die Jüngere. Darauf reagiert meine Patientin mit Angst, Schuldgefühlen und Haß auf die Gefährtin, an die sie sich im Laufe ihrer Beziehungen sehr angeschlossen hatte.

Sie sagt ernsthaft, sie sehe jetzt ein, was für ein Unrecht sie damals begangen habe. Sie hat die erhaltene Züchtigung immer erinnert, den Grund dafür aber vollständig vergessen. Jetzt kann sie, zum erstenmal, die ganze Szene lückenlos rekonstruieren.

Das plötzliche Wiederauftauchen des bisher vergessenen Materials macht ihr einen starken Eindruck, und ich benütze die Gelegenheit, um ihr zu erklären, daß gerade das das Ziel unserer Kur sei. Ich erkläre ihr, daß alle Kinder onanieren, manche aus eigenem Antrieb, manche, wenn sie von Erwachsenen oder älteren Kindern dazu angelernt werden. Ich setze hinzu, daß die Kinder meistens dabei entdeckt und von irgendeinem Erwachsenen bestraft oder geschreckt oder wenigstens von aller weiteren Onanie abgehalten werden. Setzt das Kind das Verbotene dann trotzdem fort, so glaubt es unrecht zu tun, hat ein schlechtes Gewissen und fürchtet sich vor den Folgen. Ich versichere ihr ferner, daß man von der Onanie nicht krank wird, wenigstens nicht so wie sie es glaubt. Sie fragt: „Macht es einen auch nicht krank, wenn man es noch als Erwachsener tut?" Ich beruhige sie darüber, ohne sie weiter auszufragen.

Der Übertragungstraum, der in die Nacht nach der ersten Analysenstunde fällt, lautet wie folgt:

Ein Ausländer fragt die Patientin entweder um ein ausländisches Brot oder um Auskunft, wo er es bekommen kann. Die Patientin besorgt es für ihn. Er hat beim Sprechen einen fremden Akzent, was der Patientin ein Wollustgefühl verursacht. Der Mann gibt der Patientin ein Paar Hosen, dann einen Überrock zu halten und sagt, sie solle auf ihn warten. Er verschwindet, sie wartet, aber er kommt nicht zurück.

Der Traum war von einem angenehmen Gefühl begleitet. Die Patientin bewundert es, wenn jemand fremdartig spricht, besonders wenn es ein leichter ausländischer Akzent ist. Sie war in der Schule für Sprachen begabt und wollte gerne fremde Sprachen studieren. Ihr Vater hätte es vielleicht erlaubt, wenn die Stiefmutter das Studieren nicht für eine lächerliche Wichtigtuerei erklärt hätte. Die Patientin erzählt, daß sie schließlich eingewilligt hat, ihren Mann zu heiraten, weil die Jahre im deutschen Kriegsdienst seine Sprache verändert und ihm den leichten fremdartigen Akzent gegeben haben, der sie so anzieht.

Ich erwähne, daß in meiner deutschen Aussprache der englische Akzent sehr merkbar ist. Der Ausländer bin offenbar ich. Dabei beobachte ich, daß die Patientin onanistische Bewegungen mit den Schenkeln macht, sage aber nichts darüber. Sie sagt dann von selber, daß meine Stimme ihr während der Analysenstunde genau dieselben wollüstigen Gefühle hervorruft, wie sie im Traum vorkommen. Sie nimmt die Deutung an, daß ich der Ausländer bin, und ich erkläre ihr, daß die Hosen, die er ihr zu halten gibt, eine Parallele zu der schwarzen Masche sind: das männliche Organ einer Person, die in Wirklichkeit weiblich ist. Ich gehe hier mit ihr nicht weiter auf den Sinn des Traumes ein, der natürlich den Geschlechtsverkehr

mit mir bedeutet, denn ich will sie im Augenblick nicht auf die Art der Übertragung aufmerksam machen. Statt dessen benütze ich die Gelegenheit, eine Beziehung zwischen den beiden Träumen und der Masturbationserinnerung aus dem neunten Lebensjahr herzustellen. Zu dieser Zeit wurde die Patientin von einem älteren Kinde verführt. Im ersten Traum verführt ein Mann die Patientin, der in Wirklichkeit ihre ältere Schwester bedeutet; dieser Traum hat ja auch die Erinnerung an jenen Vorfall mit dem Bauernmädchen aufgeweckt. So scheint es also wahrscheinlich, daß zwischen der Schwester der Patientin und dieser Freundin irgend ein Zusammenhang besteht.

Ich mache jetzt meinen ersten energischen Angriff. Auf Grund des geschilderten Materials spreche ich die Vermutung aus, daß die Patientin vielleicht, in der frühesten Kindheit, noch ehe sie aufs Land geschickt wurde, ähnlichen Angriffen von seiten der Schwester ausgesetzt gewesen war. Auf diese Andeutung reagiert sie mit ihrem ersten heftigen Nein! Sie fügt aber trotzdem gleich hinzu, daß sie und die Schwester bis zu ihrem vierten Jahr, als man sie aufs Land schickte, im selben Bett geschlafen haben, und daß die Schwester immer sehr zärtlich mit ihr war, aber nicht in unrechter Weise. Wie ich sage, daß bei der sexuellen Abnormität der Schwester so etwas doch leichter vorgefallen sein könnte als sonst und daß das Bauernmädchen vielleicht nur ein Ersatz für die Schwester war, die die Patientin so zärtlich liebte und damals und später so schmerzlich vermißte, wird sie merklich zugänglicher und scheint viel eher bereit, die Möglichkeit einer körperlichen Intimität zwischen der Schwester und sich zuzugestehen. Mir scheint es klar, daß diese erhöhte Zugänglichkeit durch einen Austausch zustande gekommen ist; sie kann die Beziehung zur Schwester zugeben, wenn sie dabei einem anderen Vorwurf entgeht, der ihr in der Kindheit viele Schuld- und Reuegefühle gemacht haben muß, nämlich dem Vorwurf, der Schwester mit dem Bauernmädchen untreu geworden zu sein. Wir werden später sehen, wie große Bedeutung die Treulosigkeit als Äußerung der Rache wie auch als Äußerung der Identifizierung für unsere Patientin hat.

Während ich aus therapeutischen Gründen die unbewußten Seiten der Übertragung, wie sie sich im zweiten Traum zeigt, außer acht lasse, bespreche ich mit der Patientin ihre bewußte Einstellung zu mir. Sie versichert, daß sie sich bei mir sicher und geborgen fühlt; ich erinnere sie daran, daß es gerade die Schwester war, von der sie Sorgfalt und Freundlichkeit zu empfangen gewohnt war; offenbar hat sie ihre Einstellung zur Schwester jetzt auf mich übertragen. Sie gibt zu, daß sie nur zur Schwester solches Zutrauen gehabt hat wie jetzt zu mir, und daß sie glücklich ist,

jetzt wieder so einen Menschen zu haben. Ich stelle ihr dann die Parallele zwischen den Träumen her; der schwarze Mann, der sie schreckt und ihr beim Geschlechtsverkehr wollüstige Gefühle macht, ist ihre Schwester; und der Ausländer, dessen Stimme ihr Wollustgefühle macht, bin ich; so bin ich jetzt ihre Schwester. Sie hat ihr Zutrauen und ihre Zärtlichkeit schon auf mich übertragen. Man kann aber nicht immer aussuchen, welche Gefühle man auf den Analytiker übertragen und welche man bei dem ursprünglichen Objekt lassen will. Wenn es richtig ist, daß ihre Schwester sie verführt hat, so kann sie jetzt leicht dazukommen zu glauben, daß ich sie verführen will, um so mehr wir doch in der Analysenstunde Dinge besprechen, die sie in ihrem ungewöhnlich strengen Elternhaus nie erwähnen durfte. Außerdem habe ich ihr doch gesagt, daß die Onanie keine Sünde und keine Krankheit sei; einen solchen Ausspruch, meine ich, könnte sie leicht als Provokation betrachten.

Sie antwortet mit stürmischen Zutrauens- und Liebesbeteuerungen: niemals werde sie das Vertrauen enttäuschen, das ich in sie gesetzt habe, nie anderes als das Allerbeste von mir denken. Sie wird so zärtlich, daß ich Mühe habe, meine Hand wieder freizubekommen, die ich ihr zum Abschied gereicht habe; sie besteht darauf, sie wiederholt zu küssen. Offenbar ist sie nicht imstande, die in der Situation liegenden Möglichkeiten oder meine Warnung zu erfassen. Ich bekomme aber den Eindruck, daß es bei so starker und leistungsfähiger Übertragung möglich sein müßte, ein ganzes Stück Arbeit mit der Patientin zu leisten; bis zu der Zeit, wo die Gefühlsbeziehung vom Positiven ins Negative umschlagen wird und ich die Rolle der Verführerin und Verfolgerin zugeschrieben bekommen werde, müßte sie genügend Einsicht gewonnen haben, um uns selbst über die Schwierigkeiten der neuen Situation hinwegzuhelfen.

Selbst in dieser Analyse, die hauptsächlich an Hand der Träume geführt wird, mache ich keinen Versuch, jedes Detail eines Traumes zu analysieren. Manchmal wird ein unerklärt gebliebenes Traumstück noch durch späteres Material aufgeklärt; im allgemeinen aber verwende ich nur, was sich der Deutung von selber darbietet, und vernachlässige alles übrige.

Die Patientin spricht weiter darüber, wie merkwürdig es ist, daß sie zwar beim Geschlechtsverkehr nie die geringste Empfindung hat, daß aber trotzdem im Traum der schwarze Mann sich manchmal in ihren Mann verwandelt und sie dann befriedigen kann. In Wirklichkeit hat sie vor dem Koitus solche Angst, daß der Mann sie für die Schmerzen, die sie dabei aussteht, manchmal dadurch entschädigt, daß er ihre Klitoris mit der Hand reizt, um ihr so leicht lustvolle Sensationen zu verschaffen. Sie beschreibt seine Versuche, sie zu masturbieren, und sagt, er streichle ihr den

Geschlechtsteil „von vorne". Ich frage, ob ihr die verschiedenen Teile des weiblichen Genitales bekannt sind, und erfahre, daß das nicht der Fall ist. Ich beschreibe sie ihr und frage, ob es ihr jemals aufgefallen ist, daß das kleine Glied „vorne" dem größeren Glied des Mannes ähnlich sieht. Ja, das kennt sie (wenn auch nicht mit Namen); es ist verstümmelt, nicht wahr? Sie hat die kindliche Vorstellung von der Kastration der Frau offenbar noch in ihrer ursprünglichen Form beibehalten.

In der dritten Stunde zeigt sich die Patientin analytischen Gedankengängen ungleich zugänglicher. Sie erzählt, daß sie abends vorher nicht einschlafen konnte, weil irgendetwas sie beunruhigt hat. Sie fragt plötzlich: „Wenn jedes Kind onaniert, warum muß dann meine Schwester es mich gelehrt haben? Warum hätte ich nicht selber daraufkommen können?" Ich erkläre ihr, welchen Einfluß eine Verführung von außen her auf die Erweckung der kindlichen Sexualität haben kann, und beschreibe ihr ganz kurz die Tendenz, Erlebnisse aus früher Zeit immer wieder zu wiederholen. So könnte das Onanieerlebnis im neunten Jahr sehr leicht die Wiederholung eines noch früheren bedeuten. Das Sträuben der Patientin, die Rolle zuzugeben, die ihre Schwester in ihrer eigenen Masturbation gespielt hat, wird hier zum Hauptwiderstand der Analyse. Sie sagt: „Als zwölfjähriges Mädchen hat Luise wahrscheinlich noch gar nicht gewußt, daß es unrecht ist, mich solche Sachen zu lehren; später hat sie dann erfahren, wie schlecht es ist, und hat aufgehört. Denn später war sie so besonders streng mit mir. Wenn ich sie nur über irgendetwas Schlechtes gefragt habe, hat sie gesagt, darüber dürfe ich nicht sprechen und nicht denken. So glaube ich, sie muß gewußt haben, daß sie etwas Unrechtes mit mir getan hat, aber sie hat natürlich nichts dafür können, denn damals hat sie es ja nicht verstanden." Die Wurzeln dieses Widerstandes liegen sehr tief und lassen sich erst später aufdecken.

Sie spricht jetzt von der Stiefmutter, von der sie immer schlecht behandelt worden ist. Sie erinnert sich, daß sie sie als Kind sehr gern gehabt hat und daß die Stiefmutter sie abgewiesen und gesagt hat: „Ich brauche deine Liebe nicht." Sie war damals sehr verletzt. Jetzt hat sie für die Frau nur mehr ein Gefühl von Haß, zum Teil weil sie ihr die Schuld an Luisens Schicksal zuschiebt, zum Teil, wie sie leicht zugibt, infolge der vielen Zurückweisungen. Sie erinnert sich aber, daß erst lange nach der Pubertät der Haß gegen die Stiefmutter größer war als die Liebe zu ihr.

Sie beschreibt eine Anzahl von Symptomen. Sie hat Anfälle von Zittern, mit dem Gefühl, als ob ein elektrischer Strom durch ihren Kopf ginge; darauf folgt ein Jucken im ganzen Körper, das allmählich nachläßt, bis

es sich schließlich auf die Geschlechtsteile beschränkt. Dort muß sie sich dann heftig kratzen, manchmal fünf Minuten lang, immer solange, bis das Gefühl kommt, daß es jetzt zu Ende ist. Manchmal blutet sie hinterher. Sie versteht meine Erklärung dieser Kompromißbildung: sie muß sich kratzen, bis sie zur Befriedigung kommt und blutet; die Blutung ist dabei die Strafe für die — wie sie selber zugibt — nur schlecht verkleidete onanistische Handlung. Sie spürt bei dieser Betätigung keinen Orgasmus, nicht einmal Lustgefühle, nur die Erleichterung des Juckreizes.

2) *Todesphantasien*

Der Tod spielt in den Gedanken und Phantasien der Patientin eine große Rolle. Sie erzählt, daß sie oft vom Tod träumt, wobei er gewöhnlich durch irgendeine unbestimmte Person in einem fließenden schwarzen Gewand oder Mantel dargestellt wird. Der Zusammenhang mit dem schwarzen Mann ist uns beiden sofort klar, trotzdem begegnet sie der Deutung mit der Frage: „Warum ist aber der Tod manchmal auch grün angezogen?" Ich frage, was sie glaube, und sie antwortet: „Der Mann im schwarzen Mantel bedeutet meine tote Schwester; und wenn der Mantel grün ist, dann bedeutet es die Blätter und das Gras auf dem Grab der Schwester."

Sie kann sich an ihre wirkliche Mutter nicht erinnern, hat aber oft Sehnsucht nach ihr. Ich erwähne jetzt ihren Selbstmordversuch. Sie sagt, daß sie immer mit dem Gedanken an einen Selbstmord gespielt hat, daß sie sich aber erst seit ihrer Heirat wirklich umbringen will. Ich frage, ob dieser Wunsch irgend etwas mit dem Tod von Mutter und Schwester zu tun hat; sie antwortet, daß sie ihnen wahrscheinlich nachfolgen will.

Bei den außerordentlich ungünstigen Lebensumständen der Patientin und den unübersteiglichen Schwierigkeiten ihres Sexuallebens ist es wirklich nicht schwer zu verstehen, wenn die Versuchung, den Toten zu folgen, stärker wird als der Wunsch zu leben. In solchen Fällen ist der Selbstmord eine sehr reale Gefahr.

Die nächste Stunde bringt eine Mutterleibsphantasie. Die Patientin hat folgenden Traum:

Sie ist bei ihrem eigenen Begräbnis, einer feierlichen Zeremonie mit vielen Teilnehmern, die alle den weiten Weg zu dem sehr entlegenen Friedhof zu Fuß gegangen sind. Das Begräbnis dauert sehr lange. Das Schönste daran ist das wunderbare Gefühl, im Sarg zu liegen und getragen zu werden. Dieses Gefühl ist so angenehm, daß sie deutlich wollüstige Sensationen bekommt. Am Ende der Zeremonie wird sie sanft in die Erde hinuntergelassen, wo sie friedlich liegen bleibt.

Hier haben wir das Motiv für den in der vorigen Stunde erörterten Selbstmordversuch der Patientin. Das Begräbnis bedeutet die Analyse; sie kommt zu mir, der Ersatzperson für die (tote) Schwester mit den Mutterattributen, die im Traum durch die Erde und den Sarg (das bekannte Symbol Holz = Frau) dargestellt werden, in dem die Patientin getragen wird. Ich mache hier auf die doppelte Bedeutung des Wortes „getragen" aufmerksam. Die wollüstigen Gefühle, die eine solche Vereinigung mit einer Frau begleiten, lassen keinen Zweifel über die Art der libidinösen Bindung.

Die vielen Leute, die alle den weiten Weg zum Friedhof zu Fuß gehen, haben doppelte Bedeutung; sie sind erstens das Gegenteil, also ein Äquivalent für das Alleinsein in der Analysenstunde; zweitens bedeuten sie die Patientin selbst, die fast zwei Stunden zu Fuß gehen mußte, um zu mir zu kommen, ehe ich in Erfahrung gebracht hatte, wie wenig Geld sie besaß. In diesem Sinne bedeutet „alle Leute" „nur ich", also keine Rivalen, Brüder, Schwestern oder andere Patienten. Hier zeigt sich zum erstenmal die Eifersucht auf meine andern Patienten, die später eine wichtige Rolle spielen wird.

3) Die infantile Onanie

Während die Patientin an diesem Tage zu mir unterwegs war, ereigneten sich zwei Dinge. Eine gutgekleidete Frau in der Straßenbahn schaute auf die Schuhe der Patientin und lachte dann. Die Patientin ist überzeugt, daß die Frau über sie gelacht, sich über ihre ärmliche Kleidung lustig gemacht hat. Sie fügt hinzu, daß die Stiefmutter sich sehr gerne über sie lustig macht, besonders in sexuellen Dingen, wo die Patientin so besonders unwissend ist. Nun hat das Gefühl der Patientin, daß sie von der Stiefmutter verachtet wird, sicher eine reale Basis; sie hat es aber von diesem ursprünglichen Objekt auf die indifferente Außenwelt ausgedehnt. Die Wahl der Schuhe als Zielscheibe des Spottes ist auch nicht ohne symbolische Bedeutung.

Der zweite Vorfall bringt die Erklärung eines interessanten Symptoms. Die Patientin hat die Periode und ihre Binde preßt sich beim Gehen gegen das Genitale. Plötzlich merkt sie, wie ein elektrischer Strom von der Klitoris ausgeht und sich tief in die Vagina hinein erstreckt. Es ist dies das erstemal, daß sie irgend eine Art Empfindung in der Vagina hat. Sie sagt, daß der elektrische Strom, den sie bisher im Kopf gefühlt hat, jetzt offenbar auf das Genitale verschoben worden ist. Auf meine Antwort hin, daß er vielleicht nur zu seinem ursprünglichen Sitz zurückgekehrt

ist, leuchtet ihr Gesicht auf und sie sagt lebhaft, daß sie jetzt die Bedeutung des rätselhaften elektrischen Stroms im Kopf verstehen könne. Er ist nichts anderes als ein verschobenes Sexualgefühl. Ich füge noch hinzu, daß es ein verdrängtes Sexualgefühl ist, ein Gefühl, das sie nicht anerkennen wollte und das deshalb auf die Suche nach einem andern Ausweg gehen mußte. Ich erkläre ihr, es sei die Verbindung mit der verbotenen Onanie, die einen solchen Umweg der Befriedigung notwendig mache; denn die frühen Sexualgefühle stammen ja fast alle von der Onanie. (Die schockartige Natur des Sexualgefühls ist ja wirklich dem elektrischen Schlag sehr ähnlich.)

Daraufhin bringt die nächste Stunde die ersten Träume, in denen die Onanie wirklich vorkommt. Bisher war der Geschlechtsverkehr mit dem schwarzen Mann das einzige Mittel zur Befriedigung. Der Rückweg zur Onanie und der ursprünglichen Situation zeigt sich nun in folgendem Traum:

Die Patientin ist in einem Gasthaus, wo sie sehr viel trinkt und unter dem Einfluß des Alkohols sexuell erregt wird. Sie geht mit ihrem Mann nach Hause und bittet ihn, sie, wie er manchmal tut, durch Reiben an der Klitoris zu befriedigen. Er sagt, er sei zu schläfrig. Daraufhin onaniert sie. Der Orgasmus ist stark und geht zu schnell vorüber.

Während und nach dem Traum hat die Patientin das Gefühl, daß sie wirklich onaniert hat. Ich bestätige ihr das zu ihrem Entsetzen. Alle Angst vor den schrecklichen Folgen der Onanie kommt jetzt an die Oberfläche. Ich versuche, ihr die schädliche Wirkung der durch Scham und Angst herbeigeführten Onanieunterdrückung klarzumachen. Ich setze auseinander, daß ihre Frigidität zweifellos daher kommt, daß sie ein Stück ihrer Sexualtätigkeit gewaltsam unterdrückt hat; gibt man das eine Stück auf, so opfert man leicht die ganze Sexualität. Sie hat ihre onanistischen Wünsche unterdrückt und dabei die Möglichkeit verloren, überhaupt irgendwelche sexuellen Gefühle zu haben. Sie ist überzeugt worden, daß die Sexualität etwas Schlechtes ist, und hat sich ganz davon abgewendet. So hat sie nicht nur den Wunsch nach der Onanie aufgegeben, sondern gleichzeitig auch den Wunsch nach dem Geschlechtsverkehr.

Daß die Onanie schließlich im Traum aufgetreten ist, scheint mir ein großer Fortschritt. Der nächste Traum allerdings enthält eine Warnung vor der Gefahr, der sie entgegengeht:

Die Patientin schaut sich um Näharbeit um. Bei der ersten Stelle, wo sie um Arbeit bittet, nimmt ein Mann sie sofort auf. Ihr wird sein Eifer verdächtig, besonders wie er darauf besteht, daß sie sich gleich niedersetzen und zu nähen anfangen soll. Er gibt ihr sogar eine Schürze. Nachdem sie eine Weile genäht hat, ist es fünf Uhr und Zeit zum Aufhören, weil eine Redoute sein soll.

Jeder Angestellte bekommt eine Maske und ein Kostüm. Die Mädchen tanzen miteinander. Plötzlich um Mitternacht ist der Ball zu Ende und die Patientin merkt, daß das Ganze nur ein Trick ihres Arbeitgebers war, um sie in die Irrenanstalt zu bringen, wo ihre Schwester gestorben ist und wo sie jetzt selber ist. Sie wird nie wieder freikommen.

Ich deute der Patientin diesen Traum. Der Mann bin ich. Es stimmt auch, daß ich Arbeit für sie gefunden habe. Durch meine Hilfe, sagt der Traum, habe ich sie in meine Arbeitsstube (Ordinationszimmer) gelockt. Wie ich sie einmal da habe, sage ich, daß es Zeit zum Aufhören ist; das heißt, die Analysenstunde ist zu Ende. Was folgt aber darauf? Im Traum ist es ein Maskenball, wo Mädchen miteinander tanzen; das bedeutet die homosexuelle Verführung, die die Patientin am Ende der Stunde erwartet. Die Verschickung in die Irrenanstalt ist die unmittelbare Folge der Verführung. Auch der Traum der vorigen Nacht stellt einen der Gründe bei, warum die Patientin sich so vor diesem Schicksal fürchtet: die Onanie, die eben in der Analyse aufgetreten ist, ist die Ursache der Geisteskrankheit. Der Endgedanke im Traum, daß die Patientin nie wieder freikommen wird, basiert sich auf ihr Sträuben, die infantile Onanie bewußt werden zu lassen; sie hat natürlich Angst, daß sie dem infantilen Zwang zur Onanie wieder verfallen wird, wenn sie die darauf bezüglichen Wünsche bewußt werden läßt.

Ein anderes Detail zeigt noch, daß ich die Verschickung ins Irrenhaus im Traume richtig gedeutet habe, und beweist gleichzeitig, mit welchem Mißtrauen die Patientin meine Hilfeleistungen annimmt. Ich habe ihr gegenüber einen Plan erwähnt, sie für die Sommermonate aufs Land zu schicken, und dabei eine bekannte Ortschaft an der Donau in Betracht gezogen. Sie gibt jetzt zu, daß sie seit Tagen davon überzeugt war, ich wolle sie eigentlich in die Irrenanstalt schicken, die nicht weit von der erwähnten Ortschaft entfernt liegt. Selbst jetzt gelingt es mir nicht ganz, sie zu überzeugen, daß ich als Fremde nicht einmal von der Existenz dieser Anstalt gewußt habe. Sie bleibt offenbar dabei abzuwarten, bis sie meine wirklichen Absichten erkennen kann. Angesichts dieses Mißtrauens verweile ich ziemlich lange bei der Besprechung dieser Situation und ihrer Gefahren für unsere Behandlung. Ich wiederhole meine Versicherungen, daß die Onanie keine Sünde sei und sich nicht mit Geisteskrankheit oder Tod bestraft, und ich dränge sie von neuem, einzusehen, wie gerne sie mich beschuldigen möchte, daß ich sie ins Unglück stürzen will. Der folgende Traum bringt die Reaktion auf diese Stunde:

Die Patientin ist auf einem Feld und pflückt Blumen. Sie fühlt sich so glücklich, daß sie plötzlich onanieren möchte; sie hat zum erstenmal keine Angst, ihrem Drang nachzugeben. Trotzdem onaniert sie nicht, sondern geht

weiter und denkt die ganze Zeit, daß sie jetzt onanieren wird und daß es ihr nicht schaden wird. Sie erinnert sich, daß ich das gesagt habe. Sie kommt dann zu einem Haus, wo sie mich trifft, und ist so glücklich, daß sie ganz vergißt, daß sie onanieren wollte.

Dieser leicht deutbare Traum ist lustbetont. Ich möchte einen bestimmten Punkt aus ihm hervorheben. Die Träume zeigen, daß die Patientin ihre Angst vor der Onanie gehorsam aufgegeben hat. Die Onanie selbst aber ist in Zusammenhang mit dem Zu-mir- — Zur-Schwester- — Kommen gebracht. Wie sie dann mich, die Analytikerin, trifft, ist sie imstande, ihren infantilen Sexualwunsch nach mir aufzugeben und glücklich zu sein, ohne selbst zu onanieren oder von mir masturbiert zu werden. Die Träume der Patientin werfen ihre Schatten voraus; was in ihnen vorkommt, ist in der Wirklichkeit noch nicht vorgefallen. Der Wunsch der Patientin, ich solle sie masturbieren, wie es früher ihre Schwester getan hat, ist noch nicht voll in die Übertragung gekommen. Folglich kann sie den Wunsch, den sie noch nicht einmal akzeptiert hat, auch nicht aufgeben. Aber der Traum hebt die unmittelbare Gefahr, die der Analyse durch die Situation des Vortages gedroht hatte, wieder auf. Die Patientin ist bestimmten Folgerungen ausgewichen und hat damit die momentane Krisis überwunden. Ich brauche nicht hervorzuheben, daß diese Gefahren jeden Moment wieder auftauchen können, und man ihnen nur dann begegnen kann, wenn sie aktuell werden.

4) Penisneid und Kastrationsangst

Die Bewältigung der Onanieangst und ihrer Folgen hält an und im Lauf der nächsten Stunden tauchen mehrere wichtige damit zusammenhängende Themen in der Analyse auf. Das erste dieser Themen ist der Penisneid, wie der folgende Traum zeigt:

Die Patientin onaniert. Wie sie an der Klitoris hantiert, wächst diese zu so ungeheurer Größe, daß das Anschwellen ihre Hand in die Höhe hebt. Sie wird größer wie das Glied eines Mannes, so groß wie das Glied eines Pferdes, das sie abends vorher gesehen hat.

Wir haben bereits gehört, daß die Patientin die Klitoris für einen verstümmelten Penis hält. Diese Verstümmelung, gibt sie jetzt zu, hat sie immer mit den Folgen der Onanie zusammengebracht. Ich habe versucht, ihr auszureden, daß die Onanie schreckliche Folgen haben muß, und der jetzige Traum akzeptiert meine Korrektur. Wenn die Patientin nicht zur Strafe verstümmelt worden ist, dann besitzt sie, was ihrer Meinung nach jedem normalen Menschen zukommt: einen Penis. Zur Kompensation ist

das Glied, das sie sich zuspricht, sogar ein besonders großes. Von da an ist sie in ihren Träumen nicht mehr kastriert.

Im Falle dieser Patientin scheint der wirkliche Peniswunsch weniger wichtig als das, was man die negative Seite des Penisneides nennen könnte, das Gefühl, daß sie den Penis als Strafe für die Onanie eingebüßt hat. So muß sie zuerst ihre infantile Kastrationstheorie korrigieren und dann auf das dadurch wiedergegebene Glied von neuem Verzicht leisten.

Ein zweiter ähnlicher Traum lautet wie folgt:

Die Patientin ist zuerst ein Kind, dann ein junges Mädchen, schließlich eine reife Frau. Plötzlich wird sie ein Mann mit einem besonders großen Glied. Sie ist sehr stolz auf das Glied und urinierť damit.

Ich erkläre ihr, daß man als Kind glaubt, alle Menschen hätten ein Glied, und daß diese Annahme erst später durch Beobachtungen richtiggestellt wird. Sie sagt, daß der Vergleich mit einem um drei Jahre älteren Bruder sie auf ihren Mangel aufmerksam gemacht haben muß. Dieser Bruder starb mit sechs Jahren, als sie drei Jahre alt war. Sie hat sich nicht gut mit ihm vertragen und seit seinem Tod nur selten an ihn gedacht. Aber sie erinnert sich ganz deutlich an Gefühle von Rivalität und Empörung und hat dabei ein leichtes Schuldgefühl, demzuliebe sie meine Erklärung, daß ihre Feindseligkeit wahrscheinlich durch Neid bedingt war, gerne annimmt.

An diesem Punkt hat sie eines der plastischen Erinnerungsbilder, wie sie viel zur Überzeugung des Patienten und zur Aufhellung der Analyse für den Analytiker beitragen.

Sie sieht ihren Bruder so, wie er auszusehen pflegte, wenn sie — die beiden Jüngsten — im Haus miteinander herumspielten. Beide tragen kurze gestrickte Hemdchen, die bis zu den Hüften reichen und vom Nabel an vorne offen sind. Gerade unter seinem Hemdschlitz sieht sie sehr interessiert einen Körperteil, den sie „das Vogerl" nennt, zur Belustigung der gesamten Familie, vor der sie ihre Bewunderung nicht verbergen kann. Ich äußere, diese Bezeichnung deute offenbar an, daß sie dieses „Vogerl" fliegen gesehen habe, und bringe das Phänomen der Erektion in Zusammenhang mit dem vorigen Traum (S. 471), in dem ihre Klitoris sich so ungeheuer vergrößert. Sie antwortet, sie könne sich an das Heben und In-die-Höhe-Steigen des „Vogerls" gut erinnern; einen Augenblick später erwähnt sie, daß sie oft sehr angenehme Flugträume habe, die aber immer in einen Sturz ausgehen, so daß sie dann am nächsten Tag ganz lahm ist. Ich mache sie aufmerksam, daß sie in ihrem zweiten Traum (s. oben) wie ein Mann uriniert, und daß Kinder oft beim Urinieren Beobachtungen über die Genitalien der Gespielen machen. Sie antwortet auf

diese Bemerkung mit einem wie gewöhnlich halluzinatorisch auftauchenden Erinnerungsbild, dem wichtigsten ihrer ganzen Analyse:

Die Szene spielt kurz nach dem Tod von Mutter und Bruder im dritten Lebensjahr der Patientin. Sie geht im Park mit ihrer älteren Schwester spazieren, — sie sagt, sie würde jetzt gerne mit mir dorthin gehen, um mir die Stelle zu zeigen. Ihre Schwester versammelt wie gewöhnlich eine Menge von Burschen um sich, mit denen sie sich zur Empörung und Demütigung der vernachlässigten Kleinen lachend unterhält. Die Patientin hat plötzlich Harndrang. Das Urinieren geht im Freien aber schwerer als zu Hause, weil sie geschlossene Hosen anhat. Sie verlangt, daß die Schwester ihr die Hosen aufknöpft, und zieht so ihre Aufmerksamkeit auf sich. Die Schwester erfüllt ihr Verlangen und kehrt dann zur Unterhaltung mit den Burschen zurück. Die Kleine beginnt daraufhin während und nach dem Urinieren mit ihrem Genitale zu spielen, zieht auf diese Weise noch einmal die Aufmerksamkeit der Schwester auf sich, diesmal aber in Form von Vorwürfen. Luise sagt streng, die Kleine wisse wohl, daß sie das auf der Straße nicht machen dürfe; sie droht, sie werde ihr den anstößigen Körperteil abschneiden und sie von einem Polizeimann wegführen lassen, wenn sie sich nicht besser benehmen könne.

Die Kleine verbindet offenbar die Drohung mit dem vorhergegangenen Vergleich zwischen sich und dem Bruder, und glaubt von diesem Augenblick an, man habe ihr das Genitale abgeschnitten. Sie erinnert sich, diese Meinung verschiedenen Familienmitgliedern geäußert zu haben und deshalb verspottet worden zu sein. (Der spätere Spott der Stiefmutter, S. 468, über die Unwissenheit der Patientin in sexuellen Dingen bekommt wahrscheinlich seine verletzende Wirkung zum großen Teil von diesem früheren Spott über einen schwerwiegenderen körperlichen Mangel. Den gleichen Sinn hat auch die Wahl der schäbigen Schuhe, S. 468, — ein offenbares Symbol für ein mangelhaftes Genitale — als Zielscheibe für den Spott der fremden Frau.)

Versuchen wir, die erinnerte Szene zu deuten. Das Urinieren verfolgt offenbar den Zweck, die Aufmerksamkeit der mit den andern beschäftigten Schwester zu fesseln. Auch bei einem kleinen Mädchen ist ja das Urinieren mit dem Herzeigen der Genitalien verbunden. Dieses Herzeigen müssen wir als eine Aufforderung auffassen, als ob sie sagen wollte: „Komm und spiel mit mir, wie du es zu Hause machst. Ich bin genau so gut (potent) wie diese Jungen.“ Dieser Verführungsversuch schlägt aber fehl, das Herzeigen der Genitalien bleibt ohne Wirkung. Der nächste noch deutlichere Schritt ist das Spielen mit den Genitalien, die exhibitionistische Onanie eines Kindes, das sein eigenes Genitale zeigt, um als Revanche

das der andern Person zu sehen zu bekommen. Dabei ist auch ein Racheelement mitenthalten (wie es sich gewöhnlich in den Handlungen abgewiesener Frauen findet). Eine Person, die ganz zufrieden onaniert, braucht keinen Gefährten; ihre Einstellung ist: „Wenn du dich nicht um mich kümmerst, so werde ich mich eben selbst unterhalten und befriedigen."

Ich glaube nicht, daß die Patientin selbst als Dreijährige ganz im unklaren über die Mißachtung gewesen sein kann, die man durch onanistische Handlungen auf sich zieht. Es war aber der Mühe wert für sie, bestraft zu werden, wenn sich die Schwester dabei nur um sie kümmern mußte.

Die Patientin hat in dieser Stunde noch ein drittes Erinnerungsbild. Sie sieht ihre Schwester als zwölfjähriges Mädchen nackt vor sich stehen. Sie hat dichte schwarze Schamhaare, die in der damals zweijährigen Patientin solche Bewunderung erregen, daß sie wie gebannt hinsieht, bis die Schwester ihr verbietet, „dorthin" zu schauen.

Ich erinnere daran, daß die Patientin bisher immer voll Bewunderung von dem schönen blonden Haar ihrer Schwester zu sprechen pflegte; diese Bewunderung hat sich offenbar von den schwarzen Schamhaaren, die schon früher ihre Bewunderung erregt hatten, dorthin verschoben. Ich erinnere an den wiederkehrenden Traum vom schwarzen Mann mit der Masche (S. 462), die in Wirklichkeit ein männliches Organ an einer Frau, in andern Worten einen Penis bedeuten sollte. Sie bewundert also die Schamhaare, weil sie glaubt, daß hinter ihnen ein Phallus verborgen ist. (Siehe den Traum auf S. 490.)

Wir verdanken diesen Zufluß an neuem Material offenbar dem Abbau der Kastrationsschranke. Die Patientin ist jetzt imstande, Ereignisse aus der Zeit vor der Kastrationsangst zu erinnern und — da die Kastration keine Drohung mehr für sie bedeutet — auch die Ereignisse, die zu ihr geführt haben.

Der folgende Traum zeigt die Verbindung zwischen Urinieren und Masturbation:

Die Patientin uriniert ins Bett und macht eine große Lache. Sie legt sich mit dem Rücken darauf, um sie vor der Stiefmutter zu verbergen. Ihre Übeltat wird aber entdeckt und sie bekommt Schläge. Eine Frau ruft ihr auf der Straße nach: „Angepißt!"

Der Traum beschäftigt sich mit der Enuresis der beiden Schwestern. Meine Patientin pflegte bis zu ihrem zwölften Jahr das Bett zu nässen; bei der Schwester hielt die Enuresis das ganze Leben lang an. Beide Mädchen wurden von der Stiefmutter häufig für diese Unart geschlagen. Schläge waren aber auch die Strafe, die meine Patientin für die Onanie

und ihre Schwester für ihre zahlreichen von den Eltern verurteilten sexuellen Beziehungen erhalten hatte.

Wir wissen, daß die Enuresis sowohl eine Folge wie auch ein Äquivalent der Onanie ist. Der wahrscheinliche Vorgang ist der, daß das Kind bis zu einer gewissen Zeit, gleichgültig, ob im Schlaf oder Wachen, nach der Onanie uriniert. Ist es gelungen, die Onanie zu beseitigen oder auf den Schlaf zu beschränken, dann kann doch die Enuresis, meist auch während des Schlafes, weiter bestehen bleiben. Sie ist auf diese Weise das fortgesetzte verräterische Anzeichen einer vergangenen oder gegenwärtigen Sexualbetätigung. Das Kind wird für die manifeste Enuresis und die latente Onanie bestraft. Ein zweites Motiv der Enuresis liegt darin, daß das Urinieren als Äquivalent der Ejakulation ein Gegenbeweis gegen die Kastration ist. Wenn die Patientin im letzten Traum eine ungeheure Lache macht, so betont sie damit ihre Potenz. Diese Folgerung findet noch Bestätigung in einer Frage, die sie an mich stellt. „Wenn jemand kastriert ist," fragt sie, „wie kann er dann urinieren?" Wie ich ihr erkläre, daß die weibliche Harnröhre nicht in dem fehlenden Penis und auch nicht in der Klitoris gelegen ist, sagt sie: „Beim Geschlechtsverkehr kommt aber doch die Flüssigkeit bei der Frau genau so heraus wie beim Mann, nicht wahr?" Für die Patientin hat die geschlechtsreife Frau ihre phallischen Eigenschaften noch durchaus beibehalten. Der Traum kommt gerade richtig zur Zeit, da sie ihre eigene Kastration rückgängig gemacht hat und sich folglich alle männlichen Vorrechte wieder zuerkennen will.

Daß eine Frau ihr einmal auf der Straße „angepißt" nachgerufen hat, stimmt wirklich. Die Nachbarschaft wußte, daß beide Schwestern an Enuresis litten, und beide hatten viel böse Spötteleien auszustehen, die von der Stiefmutter noch unterstützt wurden. Die Patientin war wütend über die Beleidigungen, aber machtlos, weil sie sie als berechtigt anerkennen mußte. Obwohl also die Beleidigung im Traum auf Realität beruht, enthält sie doch ein Element von Verfolgungs- und Beziehungsideen. Es ist für diese Krankheit typisch, daß zwar manche der pathologischen Reaktionen durch reale Vorkommnisse ausgelöst werden, die Reaktionen selbst aber trotzdem abnorm sind.

5) *Homosexuelle Eifersucht und Analerotik*

Ich erkläre der Patientin jetzt, man müsse wohl annehmen, daß Luise, nach ihrer Enuresis und den Beziehungen zur kleinen Schwester zu urteilen, sehr viel allein onaniert habe. Die gemeinsame Onanie hätte sie offenbar nach einer Weile aufgegeben; aber es ist nicht wahrscheinlich, daß es

ihr dann gelungen sein sollte, ihre Begierden ganz zu beherrschen. Offenbar, setze ich hinzu, habe sie ihre zahlreichen sexuellen Beziehungen begonnen, um von der Onanie frei zu werden, nachdem sie sich von der gemeinsamen Onanie, wie ihre Strenge der Schwester gegenüber zu beweisen scheint, abgestoßen fühlte. Die Patientin erwidert, daß sie als Kind rasend eifersüchtig auf die Bekannten war, mit denen die Schwester ausging. „Ich war eine Männerhasserin," sagt die sonst so schüchterne Patientin leidenschaftlich, „ich wollte sie für mich haben. Aber sie ist immer mit diesen Burschen fortgegangen und ich habe die Burschen gehaßt."

Offenbar haßte die Patientin die männlichen Freunde ihrer Schwester, weil sie ihnen die Schuld an dem Aufhören der onanistischen Beziehungen zwischen sich und der Schwester zuschob. Sie glaubte wahrscheinlich, daß die Burschen mit ihrem besseren Geschlechtsapparat der Schwester mehr zu bieten hatten als sie.

Ich zeige ihr die Parallele zwischen dem Gefühl, daß die Burschen sie um die Liebe der Schwester gebracht haben, und dem Gefühl, daß die Stiefmutter ihr den Mann wegnimmt. Ich erkläre ihr den Mechanismus der doppelten Eifersucht, wobei die homosexuelle Wurzel die bestimmende ist. Die Patientin sieht ein, daß ihr Haß auf die Stiefmutter zum größten Teil gekränkte Liebe ist; sie gibt auch bereitwillig zu, daß es sie sehr verletzt, daß ihr Mann, der doch nur der Schwiegersohn ist, der Stiefmutter mehr bedeutet als sie selbst, die Tochter. Sie ist von der Stiefmutter immer nur vernachlässigt oder bestenfalls mißhandelt worden. Aber der Eintritt eines fremden Mannes in die Familie hat ihre eigene Stellung noch bedeutend verschlechtert.

Die lebenslange schlechte Behandlung durch die Stiefmutter mit den zahlreichen Züchtigungen, die sie von ihr erhalten hat, wird von der Patientin masochistisch als Koitusersatz gewertet und bildet gleichzeitig die Grundlage ihrer Verfolgungsideen. Wir sehen hier die direkten libidinösen Wurzeln des Verfolgungswahnes. Ich verweile jetzt bei dieser masochistischen Lustquelle und der analen Zone, die dabei eine Rolle spielt. Die Patientin sagt in Bestätigung meiner Beobachtungen, daß alles besser sei, als vernachlässigt zu werden, und erzählt im Anschluß das Folgende: Ihr Mann habe oft darauf bestanden, den Verkehr von hinten auszuführen, wie Hunde es tun; sie hasse das, besonders wenn er — wie ein wirklicher Hund — den Penis in ihren After einführen will. Hunde haben natürlich keine Vagina; darum können sie auch nicht den für Menschen normalen Verkehr ausführen. Ich korrigiere ihre Ansichten über die Anatomie der Hunde und erwähne, daß Hunde beim Verkehr so aussehen, als ob sie miteinander raufen würden. Sie bringt daraufhin die folgende Erinnerung:

Als sie ungefähr elf Jahre alt war, schlief sie eine Weile zwischen Vater und Stiefmutter. In der Nacht erwachte sie einmal von sonderbaren Geräuschen und fand das ganze Bettzeug in Bewegung und Aufruhr. „Es sah aus," sagt sie, „als ob sie schrecklich raufen würden." Sie konnte sich aber nicht klar darüber werden, wer der Angreifer war. Sie fügt noch hinzu, daß sie als anderthalbjähriges Kind eine kurze Zeit zwischen ihren wirklichen Eltern geschlafen hat.

In der nächsten Stunde bringt sie den folgenden Traum:

Eine Hündin, welche die Patientin tatsächlich in meinem Hause gesehen hat, kommt in das Zimmer, das ich als Behandlungsraum benütze. Die Patientin fragt das Tier, ob es schläfrig ist. Es nickt und sie legt es in einem Lehnsessel schlafen. Die Stiefmutter kommt herein, schimpft und sagt, daß ein Lehnsessel kein Platz für einen Hund ist. Wie der Hund nach einem langen Schlaf aufwacht, masturbiert die Patientin ihn.

Die Patientin erkennt sofort, daß sie selbst der Hund sein muß; sie versteht offenbar, daß der Hund das anale Tier ist, das die Stiefmutter beim Koitus benutzt. Sie würde viel lieber bei mir als bei sich zu Hause schlafen, wo sie allerhand Schwierigkeiten mit ihrem Mann hat, den sie verlassen möchte. Ich deute ihr daraufhin den Rest des Traumes: das Analysensofa ist der Lehnsessel, auf den ich die Patientin lege; im Traum stellt die Patientin mich vor und der Hund die Patientin. (Siehe S. 492 über die doppelte Rolle in Masturbationsphantasien.) Daß ich der Patientin einen Platz zum Schlafen gebe, bedeutet offenbar, daß ich sie einschläfere. Daß die Masturbation nach dem Aufwachen stattfindet, ist eine Umkehrung; es soll heißen, daß ich die Patientin nicht n a c h, sondern v o r ihrem Schlaf masturbiere, eben um sie einzuschläfern. Die Stiefmutter behandelt sie wie einen Hund; alles ist zu gut für sie, sogar der Schlafplatz. Dieses Detail enthält auch noch eine Anspielung auf die Schwester der Patientin. Wie ich aus mehreren Erwähnungen weiß, hat die Stiefmutter Luise häufig gezwungen, als Strafe für das Bettnässen auf dem nackten Fußboden zu schlafen. Besonders im Winter tat Luise der Patientin dann schrecklich leid. Im Traum identifiziert sie sich also mit der Schwester und identifiziert außerdem mich mit ihrer Stiefmutter. Wir bekommen hier die erste Ankündigung von einer gründlichen Veränderung der analytischen Situation.

Zu dieser Zeit teilt mir die Patientin mit, daß sie zum erstenmal einen Verkehr ausgeführt hat, ohne Schmerzen, Blutungen oder Krämpfe zu bekommen. Während des Verkehrs bekam sie das Jucken am Genitale, das sich in der letzten Zeit unter andern Umständen sehr fühlbar gemacht hat; beim Koitus steht es an Stelle der normalen lustvollen Sensationen. Unmittelbar nach dem Verkehr träumte sie von einem Koitus, diesmal

aber in Begleitung eines allgemeinen Wollustgefühls, das von der Vagina seinen Ausgang nimmt. Am nächsten Tag ist der Wunsch zu onanieren so stark, daß sie sich zum erstenmal traut, ihm nachzugeben. Sie ist dabei völlig anästhetisch, das Genitale reagiert in keiner Weise auf die Berührung. In der Nacht darauf träumt sie den folgenden Traum:

Sie schläft mit ihrer Schwester und hat dabei das Bett naßgemacht. Ihre Schwester sagt, sie soll den Nachttopf benützen, aber das Malheur ist schon geschehen.

Die Deutung liegt auf der Hand und wird von der Patientin ohne Schwierigkeiten angenommen. Das Zusammenschlafen bedeutet Onanieren, ebenso wie im späteren Leben die Redensart „mit einer Frau schlafen" den Geschlechtsverkehr mit ihr bedeutet. Wie es schon zu spät ist, redet ihr die Schwester zu, den Nachttopf zu benützen; das Bett ist aber bereits naß. Wir sehen hier die deutlichste Gleichsetzung von Urinieren und Ejakulation. Die spätere Strenge und die moralischen Bemühungen der Schwester konnten nichts mehr nützen, die vorhergegangene Onanie hatte schon ihr Werk getan.

Dieser Onanieversuch, so erfolglos er an sich auch war, bedeutet doch in der Aufhebung der Verdrängungen meiner Patientin einen Schritt nach vorwärts. Diese Masturbation besteht ausschließlich in Reizung der Klitoris. Gleichzeitig zeigt sich eine zunehmende vaginale Sensibilität. Der gleichzeitige Fortschritt findet seine Darstellung in dem folgenden Traum:

Die Patientin ist bei einer Penisausstellung. Alle Männer werden auf der einen Seite aufgestellt, alle Frauen auf der andern. Man sieht immer nur die untere Körperhälfte. Bei Schluß der Ausstellung bekommt jede Frau einen Mann und noch extra einen Penis.

Wir sehen hier die Erfüllung sowohl der männlichen (Klitoris) wie auch der weiblichen (vaginalen) Wünsche. Ein anderer Traum der gleichen Periode hat deutlich feminine Bedeutung:

Die Patientin ist in einer modernen Schule mit einem ganz besonderen Lehrer. In dieser Schule muß sich die Patientin auf ein Sofa niederlegen und lernt sich zu bücken, tanzen und besser mit Männern umgehen.

Die Träume vom maskulinen urethralen Typus stehen aber zu dieser Zeit im Vordergrund. Im folgenden ein Beispiel:

Die Patientin möchte durch das Vorzimmer aufs Klosett gehen, traut sich aber nicht, weil viele betrunkene Männer herumstehen. Schließlich geht sie doch. Sie uriniert stehend wie ein Mann und entdeckt dabei plötzlich, daß sie einen großen Penis hat. Sie ist sehr stolz und denkt, wie dumm es von ihr war, sich zu fürchten, wo sie doch einen ebensolchen Penis hat wie die Männer. Sie hätte Lust, ihn den Männern zu zeigen.

Bei diesem Traum erübrigt sich die Deutung. Ich bringe ihn nur als Illustration zu dieser Phase der Behandlung.

PSYCHOPATHIC HOSPITAL BOSTON LIBRARY

III

Erste paranoische Phase: Eifersucht

Es ergibt sich jetzt für mich die Notwendigkeit, den Mann meiner Patientin ein zweites Mal zu sehen. Kurz nach Beginn der Analyse hatte er sich einmal in Begleitung seiner Frau vorgestellt. Damals hatte ich Wert darauf gelegt, nur in Anwesenheit der Patientin mit ihm zu sprechen, jetzt aber war mir daran gelegen, ihn sich frei aussprechen, wenn notwendig, über das Benehmen seiner Frau klagen zu lassen, usw. Außerdem war es auch nötig, gewisse praktische Fragen zu regeln. Bei der Ungunst der äußeren Verhältnisse mußte ich versuchen, der Patientin, soweit es eben möglich war, Erleichterungen zu verschaffen, die analytische Arbeit durch äußere Maßnahmen zu unterstützen wie in einer Kinderanalyse. Glücklicherweise ließ sich in meinem Fall die Behandlung weiter fortsetzen, obwohl fast alle meine nach der Verbesserung der äußeren Bedingungen zielenden Bemühungen zum Scheitern bestimmt waren.

Ich bat die Patientin, im Vorzimmer zu warten, und forderte den Mann auf, alleine zu mir hereinzukommen. Nach einer kurzen Unterredung ging er dann mit seiner Frau nach Hause.

In den darauffolgenden vier Tagen ernteten wir die Früchte dieser Veranstaltung. Es war mein Gefühl gewesen, daß die Patientin der Übertragung ihrer Eifersucht auf mich die stärksten Widerstände entgegensetzte. Ihre Träume drehten sich zu lange Zeit immer wieder um das Urinieren, den Besitz eines Penis usw. Der sonst so schnelle Fortgang dieser Analyse war hier offenbar von einem Hindernis aufgehalten. Ich war mir zwar darüber klar, daß es gefährlich war, ihre Eifersucht in die Übertragungssituation hineinzuzwingen. Ich fürchtete aber, wenn keiner von uns den Mut dazu hätte, dann würde die Analyse stocken, der Widerstand sich verstärken und die Aufgabe, die wir zu erledigen hatten, nur immer schwerer werden.

Am ersten Tag nach der Unterredung mit ihrem Mann hat die Patientin alle Träume vergessen und findet wenig zu sagen. Am zweiten Tag kommt sie um eine halbe Stunde zu spät; sie entschuldigt sich damit, daß sie sich in der Straßenbahn geirrt hat. Ich reagiere nicht auf diese Anzeichen, sondern warte ab, bis der Widerstand eine gewisse Höhe erreicht hat; ich rechne damit, daß er dann auch der Patientin als solcher fühlbar werden wird, so daß sie ihn nicht ableugnen kann, wenn ich ihn ihr vorhalte. Am dritten Tage sieht sie, wie ich gerade vor ihrer Stunde telephoniere.

Sie beginnt die Stunde mit der Beschuldigung, daß ich am Telephon auf englisch über sie gesprochen habe. Sie gibt zu, daß sie mich nicht zum erstenmal am Telephon gesehen hat; diesmal aber ist sie sicher, daß

ich mich über sie beklagt habe, daß ich Veranstaltungen gemacht habe, sie wegführen zu lassen usw. Sie wartet ungeduldig auf meine Antwort und prüft jedes meiner Worte mit dem größten Argwohn. Sie erklärt, daß ich sehr böse auf sie bin und deshalb darauf hinarbeite, daß „etwas mit ihr geschehen" soll. Zu Hause sind alle ihre Feinde und ich bin mit ihrer Familie im Bunde. Sie gibt zu, daß sie alle Hausarbeit vernachlässigt hat, daß also ihr Mann und ihre Schwiegermutter Grund zur Unzufriedenheit haben. Sie fügt aber hinzu, daß es ganz gleich ist, ob sie etwas tut oder nicht tut, es seien doch immer alle gegen sie.

Sie erzählt folgenden Traum:

Um einen Hahn sind viele Hennen versammelt. Er springt auf eine nach der andern und hat Geschlechtsverkehr mit ihnen.

Sie erkennt sofort, daß ihr Mann der Hahn ist, bringt aber keine weiteren Andeutungen über seine Untreue. Der Traum verrät jedenfalls die Wichtigkeit dieses Themas, wenn sich die Patientin auch nicht weiter darauf einläßt.

Zur Erklärung des Ärgers, den sie mir zuschreibt, mache ich sie aufmerksam, daß man gewöhnlich annimmt, jemand sei böse, wenn man ihn schlecht behandelt hat. Ich meine, sie müsse ein schlechtes Gewissen haben, weil sie tags vorher zu spät gekommen ist, und nehme nun infolgedessen an, daß ich böse sei. Sie reagiert auf diese Behauptung mit absoluter Ablehnung. Angesichts ihrer völligen Unzugänglichkeit sage ich weiter nichts und erkläre mich einverstanden, als sie vorschlägt, die Stunde vor der gewöhnlichen Zeit zu beenden. Sie macht physisch wie psychisch einen durchaus kranken Eindruck und ich beginne zu denken, daß sie wahrscheinlich für die analytische Arbeit unzugänglich bleiben wird.

Ich merke aber bald, daß man von der Neurosenanalyse her nur nicht an die blitzschnellen Übergänge gewöhnt ist, die den Psychosen ein leichtes sind. Am vierten Tage zeigt die Patientin sich bereit, näher in die Sachlage einzugehen. Sie sieht etwas besser aus und zeigt beim Hereinkommen ein beschämtes und begütigendes Lächeln. Sie gibt zu, daß meine Unterredung mit ihrem Mann der Ausgangspunkt der ganzen Schwierigkeit ist. Sie war wartend im Vorzimmer gesessen; und plötzlich war sie — nach ihren eigenen Worten — von einer rasenden, wahnsinnigen Eifersucht gepackt worden. Eine panikartige Angst hatte sie ergriffen, die Außenwelt war plötzlich nicht mehr vorhanden, sie wußte nur von einem ungeheuren Brausen und elektrischen Summen in ihrem Kopf und der Gedanke packte sie, daß mir ihr Mann sicher besser gefallen würde als sie selbst. Sie hatte sich in die Hände gebissen und gewußt, daß ihr nichts übrig bliebe, als sich umzubringen.

Sie ist — wie sie sagt — besonders überrascht darüber, daß sie nicht wegen ihres Mannes, sondern meinetwegen eifersüchtig war. Ich zeige ihr sofort, daß ihre Eifersucht auf die Stiefmutter von genau derselben Art ist; sie gönnt ihrem Manne nicht die Zärtlichkeit, die sie sich selber wünscht. Es ist, wie ich ihr ferner zeige, auch kein großer Unterschied mehr, ob sie glaubt, daß ich (oder ihre Stiefmutter) ihren Mann lieber habe als sie oder ob sie sich vorstellt, daß ihre Stiefmutter (oder ich) Sexualverkehr mit ihm habe. Ich frage sie, ob sie das vielleicht geglaubt habe, und erhalte zur Antwort, daß es ihr gestern nicht unmöglich erschien.

Sie versteht jetzt auch den Projektionsmechanismus: sie war böse auf mich und hat ihren eigenen Ärger auf mich projiziert. Außerdem hat sie — weil sie böse war — so gehandelt, daß jeder in einer gewöhnlichen Beziehung zu ihr Stehende beleidigt und geärgert werden müßte; nachdem sie so ihre Rolle gespielt hatte, nahm sie meine Reaktion darauf als gegeben an. Es nützte auch nichts, daß ich keinerlei Empfindlichkeit zeigte. Sie phantasierte das Fehlende hinzu und stellte sich als die schlecht Behandelte hin.

Unter dem Einfluß dieser Deutungen und in der Erleichterung, von der sie gefolgt werden, bringt sie eine Anzahl lebhaft gefärbter Übertragungsphantasien. Sie erzählt, sie hätte abends vorher, als ihr Widerstand schon abgelaufen, aber noch nicht analytisch gedeutet worden war, phantasiert, daß ich in ihr Bett käme und daß sie sich in meine Arme geschmiegt und mich geküßt hätte. Schließlich hätte sie ein Kissen so fest wie nur möglich an sich gedrückt und sei eingeschlafen. Sie gibt die unverkennbare Ähnlichkeit dieser Szene mit ähnlichen Erlebnissen mit der Schwester in früher Kindheit zu.

Daß sie zu dieser Zeit ihren Mann und ihr Haus in auffälliger Weise vernachlässigt, ist natürlich auf die ausschließlich homosexuelle Bindung ihrer Libido in der Übertragungssituation zurückzuführen. Sie haßt ihren Mann, weil er an ihrer Statt den Penis besitzt, mit dem sie die geliebte Frau erringen könnte. Der Traum der nächsten Nacht demonstriert diese Haß- und Neideinstellung:

Sie und ihr Mann möchten einen Maskenball besuchen, haben aber keine Kostüme. Sie wollte immer gerne auf so einen Ball gehen, ist aber nie dazu gekommen. Man kann Kostüme beim Teufel ausleihen, der plötzlich erscheint; er ist ganz rot, hat einen Schweif, Hörner und ein scheußliches Grinsen. Für den Mann bringt er ein Kostüm, das ganz aus männlichen Geschlechtsteilen zusammengesetzt ist, für die Frau ein schreckliches Kostüm aus weiblichen Genitalien. Das Kostüm des Mannes ist häßlich, aber nicht so furchtbar wie das Frauenkleid, das vorne ein großes offenes Loch hat und darüber ein ganz kleines Glied, das aussieht wie ein Penis, „wo man onaniert". Die Patientin

will ihren Mann verhindern, die Kostüme anzunehmen, aber er will es durchaus. Die Patientin wird dann wütend mit dem Teufel, der sich aber nur über ihren Ärger lustig macht, grinst und herumtanzt und plötzlich — genau so aussieht wie der Mann der Patientin. Sie sagt: „Wenn er uns schon so grausliche Sachen bringt, hätte er uns wenigstens beiden dasselbe bringen können."

Versuchen wir, die Traumelemente der Reihe nach zu analysieren. Der Maskenball (siehe S. 469) bedeutet eine sexuelle Versuchung. Die Maskierung der Tänzer soll die Verhüllung des Geschlechts bedeuten, d. h. man sieht keine Geschlechtsunterschiede. Der Ball ist offenbar das Werk des Teufels, wie daraus ersichtlich, daß er die Kostüme beistellt; in anderen Worten ausgedrückt: die Sexualität ist das Werk des Teufels. Der Teufel selbst mit seiner roten Farbe, seinen Hörnern, seinem Schwanz und seinem triumphierenden Grinsen ist ein deutliches phallisches Symbol. Er bringt der Patientin und ihrem Mann sexuelle Gewänder; das Gewand der Patientin ist aber eine scheußliche Mißbildung. Sie ist also mit einer Sexualität belastet, die nicht einmal phallisch, folglich auch nicht der Mühe wert ist. Sie ist wütend über die Vernachlässigung, die sie von seiten der Natur erfährt, — schließlich ist es ja die böse Seite der Natur, der Teufel des Traumes, welche die Sexualität der Menschen geschaffen hat, — und ihre Wut überträgt sich im weiteren auf den Mann, der das besitzt, was man ihr versagt hat; der Teufel verwandelt sich zum Schluß in ihren Mann.

Die Onanie der Patientin mit ihrer Schwester rückt jetzt in den Mittelpunkt des analytischen Interesses. In einem Traum, welcher der Vorläufer des wichtigsten aus der ganzen Analyse ist, stellt die Patientin ihre passive Onanie mit einem Schwesterersatz zum erstenmal als unlustbetont hin:

Die Patientin sucht überall nach einer Frau; manchmal bin ich diese Frau, schließlich ist es eine Cousine, mit der die Patientin im Alter von 14 Jahren zusammen geschlafen hat und die sie masturbieren wollte.

Diese Cousine hat eine Schwester, die blond ist und die Patientin an ihre eigene Schwester erinnert. Sie sagt: „Wenn es die andere Cousine gewesen wäre, hätte ich sie es vielleicht machen lassen, aber diese konnte ich nicht leiden."

Wir finden hier zum erstenmal, daß die gemeinsame Onanie unlustbetont ist. Die Gründe dafür sind verschiedener Art: erstens meine Weigerung, die erotischen Wünsche der Patientin zu erfüllen (der Traum beginnt mit der Suche nach mir); zweitens der Widerstand, neues Material über die alte Onanie mit der Schwester zutage zu fördern; und drittens kann das Ich sich der Onanie widersetzen und sie unlustvoll machen, seit sie aus der Vergessenheit befreit und bewußt gemacht worden ist, während es vorher nur mit Verdrängungsmaßnahmen arbeiten konnte.

Diese zunehmende Macht des Ichs, seine Fähigkeit, Material zu beherrschen und zu dirigieren, das früher durch die Verdrängung seiner Machtsphäre entzogen war, zeigt sich jetzt auch in dem Auftauchen immer neuer, bewußt gewordener Materialstücke.

Der erste Traum dieser Serie zeigt, wie alle diese Vorgänge sich jetzt durchaus innerhalb der Übertragung abspielen, und wie aussichtslos es wäre, die Analyse auf bloße Erinnerung einschränken zu wollen.

Die Patientin liegt mit ihrer Schwester im Bett; die Schwester masturbiert sie, bis sie zum Orgasmus kommt. Die Schwester verwandelt sich dann in mich. Ich habe einen großen Penis. Ich habe Geschlechtsverkehr mit der Patientin und befriedige sie wieder. Dann verwandle ich mich in den schwarzen Mann des periodischen Angsttraumes. Auch er hat befriedigenden Verkehr mit der Patientin; sie hat keine Angst vor ihm. Der schwarze Mann verwandelt sich dann in ihren Mann, mit dem sie einen höchst befriedigenden Verkehr ausführt. Die Schwester ist blond, wie sie auch in Wirklichkeit war. Ich bin dunkelhaarig, wie in der Wirklichkeit, und der Mann ist wie die Schwester blond, was er auch wirklich ist.

Dieser Traum war außerordentlich lustvoll. Eine seiner Folgen ist, daß es der Patientin gelingt, ihrem Mann und ihrer häuslichen Arbeit mehr Interesse zuzuwenden.

Auch der nächste Traum beschäftigt sich mit der Anerkennung der männlichen Vorrechte.

Sie geht mit ihrer Schwester auf ein Klosett, das zwei Abteilungen nebeneinander hat, eine helle, die schon besetzt ist, und eine dunkle, in die die beiden Schwestern hineingehen. Luise setzt sich auf das Klosett und nimmt die Patientin auf den Schoß. Die Patientin spreizt die Beine und läßt sich von der Schwester masturbieren. Dann tauschen sie die Plätze und die Rollen und wiederholen den Vorgang. Währenddessen versuchen sie, ein Licht zu finden oder Licht zu machen, was ihnen aber nicht gelingt. Der Mann der Patientin kommt herein, findet mit der größten Leichtigkeit sofort den elektrischen Kontakt und dreht das Licht auf. Plötzlich aber schlagen Flammen heraus und setzen das Stroh, das in der Nähe liegt, in Brand. (Das Ganze spielt in einer Art Stall oder Scheune.) Die Patientin bittet ihren Mann, das Feuer zu löschen. Er tut es, nimmt sie dann bei der Hand und führt sie nach Hause.

Dieser Traum enthält, wie so häufig bei der Patientin, eine Szene, die sie wirklich erlebt hat. Im Alter von neun Jahren onanierte sie so, wie es hier geschildert ist, mit einem Mädchen auf dem Lande. Das Klosett befand sich nahe bei dem Stroh, wo sie schließlich erwischt wurden. Dazu gehört auch, daß — wie wir gehört haben — die Patientin ihren Mann und ihre Stiefmutter beschuldigt, im Stall, wo das Pferd gehalten wird, Sexualverkehr gehabt zu haben. Deuten wir diese Erinnerung mit Hilfe des Traumes, in dem das Mädchen auf dem Land durch die Schwester ersetzt ist, so sehen wir, daß das Erlebnis im neunten Lebensjahr nur

die Wiederholung einer früheren Szene ist, die sich zu Hause mit der Schwester abgespielt hat. Vermutet haben wir das bereits, der Traum bringt uns nur den ersten wirklichen Beweis für unsere Annahme. Die Symbolik des Lichtanzündens und Feuerlöschens ist uns aus den Träumen von Enuretikern bekannt und leicht verständlich; das Feuer bedeutet seinen Gegensatz, Wasser oder Samen, wie auch die Flamme der Sexualität. Die beiden Frauen können das Licht nicht finden, aber der Mann findet es sofort; das bedeutet, daß er potent ist, während sie es nicht sind. Der Traum sagt uns nicht, wie der Mann das Feuer löscht; wir können aber annehmen, daß er dazu dasselbe Mittel verwendet wie zum Anzünden, nämlich Urin oder Samen. Die Angst der Patientin vor dem Feuer im Stroh bedeutet gleichzeitig ihre Angst vor der Sexualität und ihre Angst vor Entdecktwerden und Strafe. Die größere Potenz des Mannes macht offenbar einen solchen Eindruck auf sie, daß sie ganz zufrieden mit ihm fortgeht.

Der folgende Traum, der wichtigste, den sie in der Analyse produziert hat, muß als das Äquivalent einer plastischen Erinnerung gewertet werden:

Eine Person, welche die Patientin als Luise bezeichnet, welche aber in allen andern Hinsichten mir ähnelt, nimmt die Patientin zu sich ins Bett. Die Patientin liegt so, daß ihr Kopf bei den Füßen der Schwester ist, damit sie leichter ihre Genitalien erreichen kann. Luise ist ungefähr zwölf Jahre alt, die Patientin ist etwa zweijährig und ganz klein. Sie masturbieren einander gleichzeitig. Luise unterweist die Patientin, wie sie mit der einen Hand die Labien spreizen und mit der andern die Klitoris reiben soll. Das geht unter der Bettdecke vor sich. Plötzlich spürt die Patientin den intensivsten Orgasmus, den sie je gefühlt hat, ihr ganzer Körper gerät in Erregung; einen Augenblick später stellt sich dieselbe Reaktion bei der Schwester ein. Luise nimmt sie dann voll Leidenschaft in die Arme und drückt sie eng an sich. Sie hat dabei das Gefühl absoluter Wirklichkeit.

Das Wirklichkeitsgefühl ist so stark, daß die Patientin beim Erwachen ihr Genitale mit der Hand untersucht, um herauszufinden, was damit geschehen ist. Sie hat die Menstruation und trägt eine Binde; und nur der Umstand, daß die Binde nicht verschoben ist, überzeugt sie davon, daß sie das Ganze geträumt hat.

Untersuchen wir als erstes Element das Wirklichkeitsgefühl des Traumes. Wir wissen, dieses Gefühl bedeutet, daß der Inhalt des Traumes nicht Phantasie, sondern Wirklichkeit ist. Die Patientin erinnert jetzt, daß sie und ihre Schwester genau so, wie der Traum es beschreibt, gelegen sind und onaniert haben. Ihre Lage erklärt sich offenbar daraus, daß sie sonst ihrer Kleinheit wegen die Genitalien der größeren Schwester gar nicht erreicht hätte. So mußte sie auch, um die Schwester zu masturbieren, beide Hände gebrauchen, wo ein Erwachsener nur eine nötig gehabt hätte. Diese

Details sprechen für die Wirklichkeit des Vorkommnisses. Das Alter der beiden Schwestern ist korrekt angegeben; die früheste Onanie fand statt, ehe die Patientin im Alter von vier Jahren aufs Land geschickt wurde.

Wir erhalten hier auch zum erstenmal ein Motiv für Luisens Verführung der kleinen Schwester. Sie masturbierte sie, um sie zu lehren, wie sie das gleiche an ihr ausführen sollte. Wenn man Luisens körperliche und geistige Minderwertigkeit in Betracht zieht, hat ihr Hinwegsetzen über die gewöhnlichen Hemmungen auch nicht viel Verwunderliches. Die Patientin beugt sich schließlich vor der Kraft dieser Argumente. Sie sagt, daß sie schon seit längerer Zeit meine Annahme für richtig hält, es nur nicht zugeben will, um ihrer toten Schwester kein Unrecht zu tun. Aber gerade diese Angst vor der Beschuldigung zeigt ihre Bedeutsamkeit. Bei der späteren Onanie mit dem Mädchen auf dem Lande beschuldigt die Patientin ihre Gefährtin ganz direkt für ihr unrechtes Handeln und ihre Ungerechtigkeit. Sie haßte und fürchtete dieses Mädchen, und wir müssen annehmen, daß sie ursprünglich ihre Schwester in genau derselben Weise gehaßt und gefürchtet hatte. Ich zeige der Patientin, daß die Bindung an einen andern Menschen ebensogut auf Haß als auf Liebe gegründet sein kann, und daß das Schuldgefühl, das aus solchem Haß entspringt, die Bindung nur verstärkt. Es gelingt mir aber diesmal nicht, die Schuldgefühle zu beschwichtigen, welche die Beschuldigung der Schwester in der Patientin erweckt hat. Sie gibt zwar die Tatsache der Verführung zu, schreckt aber noch davor zurück, ihre Folgen einzusehen: die pathogene Fixierung an die ältere Schwester, die zur Grundlage ihrer paranoischen Psychose geworden ist. Täte sie es, so würde eine Unmenge tief verdrängter Wut und Rachsucht gegen die geliebte Schwester auftauchen, die sie noch nicht ins Bewußtsein zulassen will.

In der nächsten Stunde ist sie müde und niedergeschlagen. Sie kann sich nicht verzeihen, der toten Schwester auch nur mit einem Gedanken zu nahe getreten zu sein. Meine Versicherungen, die Schwester sei durch ihre Abnormität und Unwissenheit von jeder Schuld freizusprechen, nützen nichts, weil sie unbewußt oder auch halb und halb bewußt von der Schuld der Schwester und dem Schaden, den sie angerichtet hat, überzeugt ist. Trotzdem bringt der Traum dieser Nacht eher eine Bestätigung als einen Widerruf der gestrigen Mitteilungen:

Die Patientin liegt in gewöhnlicher Lage mit der Cousine, die ihrer Schwester ähnlich sieht, im Bett. Sie masturbieren sich gegenseitig.

Am folgenden Tag bringt sie folgenden Schuldgefühlstraum:

Die Patientin und ihre Schwester waschen miteinander Wäsche. Es ist sehr schwere Arbeit.

Als Einfall bringt sie Erinnerungen an die Zeit, zu der sie und die Schwester tatsächlich gemeinsam gearbeitet haben. Einmal mußten sie 30 kg Kohle vom Keller herauftragen. Die Schwester erklärte, bei dieser schweren Last nicht mithelfen zu können; sie war damals schon krank; wie sich später herausstellte, waren es die Anfänge ihrer Paralyse. Die Patientin war gerne bereit, die Kohle allein zu tragen, während die Schwester nebenherging. Unterwegs trafen sie den Vater, der der älteren Schwester schwere Vorwürfe über ihre unerhörte Faulheit machte. Der Patientin tat damals die Schwester außerordentlich leid und sie war froh, für beide arbeiten zu können.

Der Traum spricht von einer Arbeit, einer geistigen oder physischen Last, — einer Schuld, — die beide gemeinsam tragen sollten. Die Patientin trägt sie aber allein wie die Onanieschuld, die sie auch bis heute gerne allein getragen hat.

Plötzlich erinnert die Patientin einen vergessenen Traum, den sie unmittelbar nach dem vorigen geträumt hat. Sie erinnert ihn jetzt, weil er eine Bestätigung meiner Deutung enthält:

Die Patientin und ihre Schwester liegen in gewöhnlicher (nicht umgekehrter) *Lage nebeneinander. Die Patientin masturbiert die Schwester, bis sie zum Orgasmus kommt. Sie hat wieder ein starkes Gefühl von Wirklichkeit.*

Das Wirklichkeitsgefühl im Traum ist so stark, daß sie erwacht. Die Deutung dieses Traumelements wird noch dadurch bestätigt, daß sie sich beim Erwachen mit dem Glied ihres Mannes in der Hand findet. Er schläft noch, und es kann kein Zweifel bestehen, daß sie ihn im Schlafe masturbiert hat. Der tiefere Sinn des Wirklichkeitsgefühls bezieht sich aber darauf, daß sie tatsächlich ihre Schwester masturbiert hat; wir erinnern uns daran, daß in mehreren Koitusträumen die Gestalt der Schwester oder des schwarzen Mannes am Ende in den Mann der Patientin verwandelt wurden. Er hat also auf sexuellem Gebiet die Rolle der Schwester übernommen.

Das in der Folge auftauchende Material dient nur dazu, die vorgefallene Onanie wirklich zu beweisen und die Patientin trotz allen Widerstrebens von ihrer Existenz zu überzeugen.

IV

Zweite paranoische Phase: Die negative Übertragung

Jetzt, da die Patientin die Beziehungen zur Schwester, so wie sie wirklich waren, erinnert und zugegeben hat, kann sie sich auch nicht länger gegen die Wiederholung der Reaktionen schützen, die sich aus

ihnen ergeben. Als Folge davon beginnt die langerwartete negative Übertragung aufzutauchen. Sie erzählt, daß sie um mich besorgt ist, daß sie Angst hat, es könne mir etwas zustoßen. Sie weiß, daß ich nach Amerika fahren will, und macht sich Sorgen darüber. Das Meer ist so gefährlich, ich könnte in einen Sturm geraten. Sie sagt in einem auffallend gleichgültigen Ton, daß sie nicht weiß, was sie dann ohne mich anfangen soll. Mir fällt auf, daß sie, die sonst so leicht ein Übermaß von Erregung zeigt, dabei ganz ungerührt bleibt. Sie behauptet, daß sie unruhig und besorgt ist, daß sie ohne mich nicht leben kann. Aber die Art, in der sie es sagt, widerspricht dem Inhalt ihrer Worte.

Ich benütze die Gelegenheit zu zwei Warnungen: erstens, daß der Ärger und Haß auf ihre Schwester ihr bald zu Bewußtsein kommen werden, und zweitens, daß es wahrscheinlich nicht dabei bleiben wird, daß sie diese Gefühle als vergangen erinnert, sondern daß sie sie, wie es bisher immer in ihrer Analyse geschehen war, in der Übertragung reproduzieren wird. Ich füge hinzu, daß die Besorgnis um mich aus Todeswünschen gegen mich entspringt und daß man Todeswünsche gegen jemand hat, den man haßt, fürchtet oder an dem man sich wegen verschmähter Liebe rächen will. Das einzige Stück davon, das sie zu diesem Zeitpunkt annimmt, ist die aus verschmähter Liebe entstandene Rachsucht.

Sie klagt jetzt, daß ich weniger freundlich mit ihr sei, daß mein Mädchen sie beim Kommen nicht grüße. Sie bemerkt in meinem Hause eine gewisse argwöhnische Stimmung und behauptet schließlich, daß ich sie verdächtige, mich bestohlen zu haben. Ich erwidere, daß mir nichts von meinem Eigentum fehle, worauf sie einwirft, daß ich ja nicht täglich alles, was ich habe, nachzähle, daß leicht etwas fehlen könnte, wovon ich nicht weiß, ich aber trotzdem ein unbestimmtes Gefühl haben könnte, es sei nicht alles da. Ich versuche herauszufinden, an was für Gegenstände sie dabei denkt, kann aber nichts von ihr erfahren, da sie Angst hat, ich könnte jede genauere Bezeichnung eines Gegenstandes als Eingeständnis des verübten Diebstahls auffassen.

Sie sagt, es sei sehr bedauerlich, daß ich meinen Argwohn vor anderen geäußert habe: die Leute auf der Straße zeigen durch ihr Benehmen gegen sie, daß sie auch schon solche Dinge über sie reden gehört haben. Allerdings, fügt sie hinzu, könnten es auch meine Mädchen sein, die diese böswilligen Verleumdungen über sie verbreitet haben. Für meine Versicherungen, daß weder ich noch meine Mädchen ihre Ehrlichkeit im geringsten bezweifeln, hat sie nur ein höhnisches Lächeln.

Sie sagt weiter, daß sie weiß, daß wir alle gegen sie verbündet sind;

sie kennt zwar meine Pläne nicht im einzelnen, aber sie beobachtet meine Handlungen genau, um meine Absichten daraus zu erfahren. Alle meine Versuche, ihr vernünftig zuzureden, treffen auf taube Ohren; und sie erinnert alle Freundlichkeiten, die ich ihr in der Vergangenheit erwiesen habe, um sie als Beweise der gegen sie gerichteten Verschwörung zu verwerten.

Ich lasse sie zu dieser Zeit anstatt täglich nur jeden zweiten Tag kommen. Es scheint mir zwar unumgänglich nötig, den Kontakt mit ihr aufrecht zu erhalten, aber die Analysenstunde bringt sie jetzt in einen solchen Zustand von Reizbarkeit, daß die Fortsetzung einfach unmöglich ist. Sie träumt gar nicht, manchmal vergißt oder verdreht sie die Träume. Sie liegt oft lange Zeit in absolutem Stillschweigen auf dem Sofa. Wenn ich sie am Ende einer Stunde entlasse, bin ich meistens unsicher, ob sie überhaupt wiederkommen wird.

Die Beziehungen zu ihrem Manne bessern sich in dieser Zeit, teils aus Widerstand gegen mich, teils wegen des wirklichen Fortschrittes, den ihre heterosexuelle Entwicklung durch das Überwinden früherer Hemmungen gemacht hat. Der homosexuelle Kern ihrer paranoischen Psychose ist noch unangerührt, trotzdem sind an der Peripherie deutliche Veränderungen vor sich gegangen. Die Patientin hat beim Koitus ein gewisses Maß vaginaler Sensationen, bei vereinzelten Onanieversuchen ein gewisses Maß von Empfinden an der Klitoris. Beide Zonen scheinen gleichzeitig von einem Stück Hemmung frei geworden zu sein und sich entwickelt zu haben, wobei die Vagina die Klitoris weit überflügelt; bei der letzteren hat man offenbar schon mit der zu dieser Zeit normalen Rückbildung zu rechnen. Die Patientin verlangt nicht mehr, von ihrem Mann masturbiert zu werden, empfindet auch keine besondere Lust bei diesem Vorgang; sie hat nur selten Lust, selber zu onanieren. Ihr Fortschritt in der Heterosexualität und ihre Einstellung zu dieser Seite sehen wir aus folgendem Traum:

Sie wird von einem großen blonden Kind entbunden. Ich bin die Hebamme; ihr Mann ist der Vater des Kindes.

Wir wissen, daß der blonde Mann der Nachfolger der blonden Schwester ist. Das Kind ist also das Produkt der jetzt durch den Mann ersetzten phallischen Schwester. Ich, als Analytikerin, helfe ihr, das Kind zur Welt zu bringen.

Der günstige Anschein, den dieser Traum erweckt, ist zum Teil berechtigt, zum Teil auf ihr Sträuben gegen das Preisgeben weiteren Materials zurückzuführen. Die homosexuelle Bindung an die Schwester kann ja nicht aufgegeben werden, ehe sie sie nicht voll zugegeben und in der analytischen

Situation reproduziert hat. Der Widerstand richtet sich natürlich gegen das Auftauchen neuen Materials zu dieser Bindung. Anderseits ist in der Heterosexualität der Patientin, wie der Traum es zeigt, ein wirklicher Fortschritt zu bemerken. Von dieser Seite gesehen, — ohne die paranoischen Störungen, die von der anderen, homosexuellen Seite herkommen, in Betracht zu ziehen, — ist der Traum von bester Vorbedeutung. Die Entwicklung einer normalen Heterosexualität ist unentbehrlich als Kernpunkt für die Persönlichkeit der Patientin, wie sie sich nach der Analyse entwickeln soll. Offenbar kann diese Entwicklung vor sich gehen, unabhängig von der homosexuellen Bindung, die natürlich am Ende aus ihrer Libidoökonomie eliminiert werden soll.

Die Patientin berichtet jetzt von ihrer Angst, daß sie sich an der Schwester mit Syphilis angesteckt haben könnte. Ich versichere zwar, daß ich an ihre Syphilis nicht glaube, dränge sie aber, eine Wassermannsche Probe machen zu lassen. Sie hält aber an ihrer Idee fest, ohne die Blutuntersuchung machen zu lassen.

Das Durcharbeiten durch die negativen Reaktionen nimmt seinen Fortgang und ich bekomme den Eindruck, daß es sich hier um einen inneren Prozeß handelt, den man weder beschleunigen noch abändern kann. Die Patientin ist jetzt auf allen Gebieten so unbeeinflußbar, wie sie es bisher nur in bezug auf die Wahnidee von der Untreue ihres Mannes war, und selbst dort nicht immer mit der gleichen Zähigkeit. Die Systematisierung ihrer Wahnideen macht zwar keine großen Fortschritte, aber das Gefühl, daß ich der Führer einer gegen sie gerichteten Verschwörung bin, wird immer stärker. Es macht den Eindruck, als hätte sie nur noch keine Zeit gehabt, die Einzelheiten dieser Idee auszuarbeiten und zu systematisieren.

Schließlich, nach drei Wochen, bringt sie einen bedeutsamen Traum:

Die Schwester der Patientin kommt zu ihr und sagt: „Warum schämst du dich immer so für mich? Später einmal wirst du auch viele Männer haben und vielleicht so schlecht werden wie ich. Komm in den Wald anstatt da zu stehen und mit mir zu streiten.“ Die Patientin nimmt die Hand der Schwester und geht mit ihr in den Wald. Plötzlich verschwindet die Schwester und ein junger Mann tritt an ihre Stelle. Er hat dunkle Haare, einen Backenbart und trägt Uniform. Er nimmt die Patientin bei der Hand und verspricht, sie aus dem Wald herauszuführen. Statt dessen führt er sie aber immer tiefer in den Wald hinein. Dann sagt er zu ihr: „Leg dich hier ein bißchen nieder und ruh dich aus, denn wir haben noch weit zu gehen.“ Sie weigert sich, sich niederzulegen, aber er sieht sie so böse an, daß sie sich fürchtet und ihm gehorcht. Er setzt sich neben sie und drückt sie plötzlich an sich, wie ihr Mann das tut, und hat Geschlechtsverkehr mit ihr. Sie fühlt Angst und Ekel. Dann verschwindet er und ein zweiter Mann kommt, der brünette Haare hat. Die Patientin geht gerne mit ihm, weil sie irgendjemanden ärgern will, der

ihr untreu war, entweder ihre Schwester oder ihren Mann. Er führt sie in ein kleines Haus, das meinem Haus ähnlich sieht, und in ein kleines Zimmer, wo er von hinten mit ihr verkehrt. Das bereitet ihr solche Schmerzen wie der erste Koitus mit ihrem Mann. Dann kommt ein dritter Mann mit einer kleinen Glatze und dahinter einem Schopf blonder Haare, die aussehen wie die Haare ihrer Schwester. Er heißt Rudolf (der Name ihres Mannes). Er führt die Patientin in ihre wirkliche Wohnung und hat Verkehr mit ihr, wobei sie sich sehr ekelt. Plötzlich erschrickt sie furchtbar über ihr Benehmen, bekommt große Angst und ist sicher, daß sie sich im Laufe der Nacht mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt hat. Sie ist wütend auf ihre Schwester und auf ihren Mann und spürt heftigen Haß auf beide. Dann erscheint die Schwester und sagt: „Siehst du, jetzt hast du auch eine Menge Männer gehabt wie ich. Aber du bist nicht schlecht. Es ist keine Sünde, viele Männer zu haben. Im Gegenteil, du mußt sie alle ausprobieren und den behalten, der dir am besten paßt. Dein Mann ist zu groß für dich." Nachdem die Schwester wieder verschwunden ist, ist die Patientin noch böser auf sie als vorher und denkt: „Wenn sie mich nicht in den Wald geführt hätte, wäre ich nicht schlecht geworden."

Beim Erwachen hat sie ein Gefühl der Erleichterung.

Der Wald bedeutet offenbar eine Art Venusberg, in den die Patientin von ihrer Schwester geführt wird. Er ist auch ein Symbol für das weibliche Genitale, also den Ort, wo die gemeinsame Onanie stattgefunden hat. Daß die Patientin die Schwester wegen ihres unsittlichen Lebenswandels tadelt, sehen wir aus dem Vorwurf der Schwester, daß die Patientin sich ihrer schämt. Sie bringt dann die Patientin in dieselbe Lage, derentwegen man ihr Vorwürfe macht. Das heißt, die Patientin identifiziert sich aus Schuldgefühl mit der Schwester und betrachtet sie gleichzeitig (wie aus ihrer Angst vor Geschlechtskrankheit ersichtlich ist) als die Ursache ihrer Schwierigkeiten. Luise, wie wir wissen, begann ihren unsittlichen Lebenswandel in dem Bemühen, sich die Onanie abzugewöhnen. Sie hatte eine besondere Vorliebe für Männer in Uniform: Soldaten, Briefträger, Kondukteure. Sie war aber im Notfall auch mit anderen zufrieden. Jetzt hat die Patientin Verkehr mit den Männern, die eigentlich ihrer Schwester zugehören, und wird dadurch ebenso schlecht wie die Schwester.

Die kahle Stelle vor dem blonden Haarschopf des dritten Mannes ist ein interessantes Detail, über das ich die Patientin befrage. Das blonde Haar erinnert sie an die schwarzen Schamhaare der Schwester, die sie wie gebannt anzustarren pflegte (siehe S. 474). Der dritte Mann ist also ihre Schwester. Die Patientin hat im Laufe der Analyse die Vorstellung von der Frau mit dem Phallus aufzugeben begonnen; so sehen wir jetzt anstatt des schwarzen Haares, hinter dem sie den Penis vermutete, eine kahle, nackte Stelle vor einem Haarschopf: eine Stelle, an der etwas fehlt. Es handelt sich hier um das Fehlen des Gliedes. Dieser Mann trägt aber den

Namen ihres Mannes, von dem wir wissen, daß er an die Stelle der Schwester gerückt ist. So hat die kahle Stelle auch noch eine zweite Bedeutung: sie spielt auf den Wunsch an, ihrem Mann sein Glied wegzunehmen.

Die Untreue der Patientin ist eine Nachahmung der Schwester und gleichzeitig die Rache gegen die Schwester. Offenbar beruht auch die Stärke ihrer Übertragung zum Teil darauf, daß sie auf diese Weise der Schwester untreu werden kann.

Wir finden jetzt noch eine weitere Quelle für die Eifersucht auf den Mann und die Stiefmutter. Die Stiefmutter selbst spielt, wie wir erfahren haben, dabei die größere Rolle. Da aber der Mann so offenbar der Nachfolger der Schwester ist, so ist es unvermeidlich, daß sie an seiner Treue zweifeln muß. Die Vermengung von Schwester und Mann im Traum unterstützt unsere Deutung. Sie ist auf beide böse, weil sie sie sexuell erregen, ohne sie dann zu befriedigen; und sie ist böse auf die Schwester, weil sie sie die später so verpönten sexuellen Betätigungen gelehrt hat.

Der Ausspruch der Schwester, daß der Mann der Patientin (sie meint natürlich seinen Penis) zu groß für sie sei, hat zweierlei Bedeutung: erstens, daß die Schwester nicht zu groß für die Patientin wäre (da sie ja nur eine Klitoris hat), und zweitens, daß die Patientin in ihrer Identifizierung mit der Schwester, die wir durch den ganzen Traum hindurch sehen, die Schwester besser befriedigen könnte als ein Mann, da eben auch für die Schwester ein Mann zu groß wäre. Wir werden die Patientin später noch öfters in dieser doppelten Rolle zu sehen bekommen.

Hinter der heterosexuellen Ausschweifung erkennen wir verschiedene homosexuelle Motive. Die heterosexuellen Beziehungen sollen dazu dienen, das homosexuelle Objekt zu ärgern. Sie sind ferner auch ein Mittel, um die Schwester von ihren Liebhabern zu trennen. Die Patientin zieht die Liebhaber der Schwester an sich, um der Schwester den Verkehr mit ihnen unmöglich zu machen. Wir kennen diesen Mechanismus, der sowohl homosexuellen als heterosexuellen Ursprungs sein kann, aus den Neurosen. Ein Knabe zum Beispiel, der hauptsächlich an den Vater gebunden ist, übertreibt oft den normalen heterosexuellen Wunsch nach dem Besitz der Mutter, um sie auf diese Art von dem (im Unbewußten) mehr geliebten Vater zu trennen.

Der letzte Satz des Traumes enthält das wichtigste Stück: Wenn die Schwester die Patientin nicht in die Irre geführt hätte, wäre sie nicht schlecht geworden (oder nicht krank geworden, wie die Angst zeigt, sich an Luise mit Syphilis angesteckt zu haben).

Einige Tage später erfahre ich aus einem Traum eine Form ihrer Onanie, die sie bisher nicht erwähnt hatte.

Ich stehe in brokatenen Hausschuhen und einem fleckigen rosa Nachthemd vor der Patientin und sage ärgerlich: „Ich bin böse, daß du etwas vor mir verborgen hast. Zur Strafe werde ich dir nicht das versprochene Zimmer mieten und dich auch nicht im Sommer aufs Land schicken.“ Die Patientin ist sehr beleidigt und antwortet: „Ich habe immer alles gesagt. Das habe ich noch nicht einmal meinem Mann erzählt. Natürlich fällt mir nicht alles sofort ein.“ Ich antworte: „Gut, erinnere dich jetzt und alles wird wieder gut sein.“ Und die Patientin erinnert plötzlich etwas, was sie „fast vergessen“ hatte: In den Zeiten, in denen sie weder ihre Schwester noch das Mädchen auf dem Land zur Verfügung hatte, pflegte sie Katzen, Hunde, ja sogar kleine Ferkeln zu nehmen, um sie zu masturbieren. Es war besonders lustvoll für sie, wenn die Tiere ganz plötzlich zusammenzuckten, genau so wie ihre Schwester es tat. Nachdem sie mir das erzählt hat, gebe ich ihr die Hand und bin nicht mehr böse. Sie ist sehr froh.

Das rosa Nachthemd des Traumes hat die Patientin wirklich beim Nähen in meinem Hause gesehen. Es hat in der Wäsche die Farbe verloren, aber keine Flecken bekommen. Die Patientin deutet die Flecken selber als Folgen der Onanie. Die Vorstellung ist offenbar von der männlichen Onanie hergenommen, da die normale weibliche Ejakulation kaum genügen würde, um Flecken irgendwelcher sichtbaren Größe zu erzeugen. Wir erinnern uns dabei an die Vorstellung der Patientin, daß Frauen genau so wie Männer eine Ejakulation haben. (Siehe S. 475.)

Bei der Onanie mit den Tieren, wie der Traum sie uns vorführt, spielt die Patientin die Doppelrolle, die bei der Onanie überhaupt so häufig ist. (Siehe den Traum auf Seite 477.) Sie spielt die aktive und passive Rolle. Sie ist einerseits sie selbst und onaniert mit dem Tier, das für die Schwester steht. Anderseits ist sie aber auch das Tier, mit dem die Schwester onaniert. Wir kennen diesen Mechanismus zum Beispiel aus der Onanie des masochistischen Mannes, der sich von seiner aktiven Seite her mit dem Vater identifiziert und so mit der Frau verkehrt, die seine passive Seite darstellt. Bei der Klitorisonanie der kleinen Mädchen spielt das Kind den Vater in der Beziehung zu sich selbst als Mutter.

Ich erkläre der Patientin diesen Mechanismus, worauf sie zugibt, daß sie nach dem vierzehnten Jahr eine ganze Reihe von Jahren hindurch tatsächlich mit den im Traum erwähnten Tieren onaniert hat. Sie benützte ausschließlich Weibchen, steckte ihnen immer ihren Finger in die Vagina und wartete, bis das schon erwähnte Zucken auftrat. Ich frage sie natürlich, ob sie auch bei der Schwester den Finger in die Vagina gesteckt habe; sie hat davon niemals etwas erwähnt. Tatsächlich hat sie diese Art der Onanie niemals erinnert, obwohl sie die Tatsache der gemeinsamen Onanie seit dem detaillierten und plastischen Traum, den wir als Äquivalent einer Erinnerung betrachtet haben, akzeptiert hat.

Sie setzt mir jetzt auseinander, daß die Schwester sie unterwies, an der Klitoris zu reiben, bis der Orgasmus begann, und dann ihren Finger schnell in die Scheide zu stecken. Sie tat das sehr ungerne. Ich frage, ob die Schwester je das gleiche bei ihr ausgeführt habe. Sie sagt, sie hätte es einmal versucht. Aber es hätte ihr so weh getan, daß sie geschrien und Luise ganz böse von sich weggestoßen hätte. Die Schmerzen in der Scheide und der Krampf beim Koitus sind offenbar auf diesen Vorfall zurückzuführen.

Ich frage nun, seit wann sie eigentlich die Onanie mit der Schwester erinnere und zugebe und warum sie nie erwähnt habe, daß auch die Vagina etwas damit zu tun habe.

Sie antwortet, daß sie im Alter von fünf Jahren vom Land zurückgebracht wurde, um ein Jahr lang zu Hause zu bleiben. Sie erinnert sich genau, daß die Onanie mit Reizung der Vagina zu dieser Zeit vorfiel. (Wahrscheinlich war die Patientin vorher zu klein, um dazu gebraucht zu werden.) Ich frage, warum sie mir nie vorher von diesem einen Jahr im Elternhaus erzählt habe. Sie erwidert, daß sie es sicher oft erwähnt habe. Was die Onanie betrifft, so habe sie nicht nur immer davon gewußt, sondern sie auch niemals geleugnet!

Sie erzählt mir von neuem, wie schrecklich eifersüchtig sie im Alter von drei und fünf Jahren auf die Knaben und Männer war, mit denen ihre Schwester umzugehen pflegte. Die Schwester verbrachte oft längere Zeit außer dem Hause. Das steigerte offenbar die Eifersucht der Kleinen, die dann die größere Schwester weder behüten noch selbst befriedigen und noch viel weniger von ihr befriedigt werden konnte. So war also das Gefühl, das später in ihrer Paranoia eine Rolle spielte, daß Dinge vor sich gingen, von denen sie ausgeschlossen war, zum Teil eine hysterische Wiederholung der Zeit, zu der zweifellos alle möglichen Dinge vor sich gingen, wenn sie nicht zu Hause oder wenn sie zu Hause und ihre Schwester fort war.

V

Dritte paranoische Phase: Die Beendigung der Analyse

Als Folge dieser wichtigen Funde und der endgültigen Bewußtmachung der infantilen Onanie tritt die Patientin jetzt in die gefährlichste Phase ihrer Analyse ein. Wir wissen, daß bei ihr die Träume und Erinnerungen nur Vorläufer von Ereignissen sind, die sich dann innerhalb der analytischen Situation tatsächlich abspielen müssen.

Nachdem die Patientin das vergessene Jahr im Elternhause mit der dazugehörigen Onanie erinnert hat, erscheint sie am nächsten Vormittag nicht zu ihrer Stunde. Sie telephoniert im Laufe des Nachmittags, daß sie

zu Hause zu tun hatte und nicht kommen konnte. Wir stehen schon im späten Frühjahr, kurz vor Schluß des Arbeitsjahres, und sie weiß sehr gut, daß jetzt jede Stunde von Wichtigkeit ist. Am nächsten Tag frage ich sie sofort beim Kommen, was sie tags vorher abgehalten habe. Sie berichtet, daß sie zu einer Bekannten von mir nähen gegangen ist, zu der ich sie empfohlen hatte.

Sie versucht offenbar, eine andere Frau gegen mich auszuspielen, um mich böse und eifersüchtig zu machen. Um ihrem Verfolgungswahn Gelegenheit zur Entfaltung zu geben, frage ich sie streng, wie sie so etwas tun konnte; sie müsse sehr böse auf mich sein, wenn sie imstande sei, sich so zu benehmen. Sicher hätte sie die Näharbeit der Analyse nur vorgezogen, um mich zu beleidigen. Ob sie mich vielleicht eifersüchtig machen wolle? Dann müsse sie ja selbst eifersüchtig auf mich sein. Dann frage ich: „Ist das vielleicht der alte Ärger auf die Schwester, den Sie mir nie glauben wollen?" Sie sieht mich überrascht und erschrocken an, sagt, daß ich es erraten habe, und erzählt mir, was sich tags vorher zugetragen hatte.

Sie saß nähend zu Hause, nachdem sie ihre Stunde bei mir versäumt hatte und ehe es Zeit war, zu der andern Frau nähen zu gehen. Sie hatte keinen bestimmten Grund gehabt, nicht zur Stunde zu kommen; sie wollte nur die Arbeit für meine Bekannte beenden. Plötzlich riß ihr der Faden und sie bekam einen schrecklichen Wutanfall. Sie hörte lachen und sah gleichzeitig ihre Schwester lachend vor sich stehen. Sie wendete sich um und befühlte mit der Hand die Stelle, wo sie die Schwester stehen sah, aber es war niemand da. Alle Bitterkeit und verhaltene Wut gipfelte in dem Gedanken: „Wenn sie nur tot wäre!"

Sie rief ihre Schwiegermutter an, die in der Küche war, und fragte, wer gelacht habe. Die Schwiegermutter antwortete, es müsse jemand auf der Straße gewesen sein; sie hätte es auch gehört. So war also das Lachen wirklich, die Erscheinung der Schwester aber eine Halluzination; sie hatte einen Kern von Wirklichkeit wahnhaft verarbeitet. Aber der Umstand, daß das Lachen wirklich gewesen war, bestärkte sie in der Überzeugung, daß die Schwester dagewesen sei. Sie brauchte einige Zeit, bis sie sich darüber klar wurde, daß das Ganze nur eine Erscheinung gewesen war.

Mitten in ihrer Wut, während sie das lachende Gesicht der Schwester vor sich sah, erinnerte sie sich, wie die Schwester mit ihren Freunden gelacht hatte. Sie erinnerte sich, wie sie versucht hatte, Luisens Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, wie Luise sie auf den Arm genommen hatte, aber mit dem Kind auf dem Arm zu den Burschen zurückkehrte, ohne sich stören zu lassen.

Unmittelbar nach dieser Erzählung sagt sie, sie weiß, daß ich sie nicht mehr gerne habe, seit ein neuer Patient, ein junger Mann, zu mir kommt. Dieser Patient spielt offenbar die Rolle der Burschen, mit denen die Schwester verkehrte.

Sie versteht die Analogie der gegenwärtigen mit der vergangenen Situation so gut, daß ich sie frage, welcher Frau sie sich wohl damals als Kind zugewendet habe, wenn sie sich an der Schwester rächen wollte, so wie sie jetzt versucht, mich zu vernachlässigen und meine Bekannte zu bevorzugen. Sie meint, es könne nur die Stiefmutter gewesen sein. Sie habe sich immer gewundert, warum sie eigentlich jemand so gern haben sollte, der doch nie anders als unfreundlich zu ihr gewesen war. Wir sehen also, daß ihre Wahl ursprünglich nur auf die Stiefmutter gefallen war, um die Schwester zu ärgern, die sie vernachlässigte. Erst später wurde sie dann Schwesterersatz und als solcher zum Objekt für die homosexuelle Eifersucht der Patientin.

Auf dem Höhepunkt des Anfalls, als die Schwester in der Halluzination wieder lebendig schien, erwachte zum erstenmal der alte Todeswunsch wieder in ihr. Jetzt gelingt es mir, die Patientin davon zu überzeugen, daß ihre Besorgnisse für meine Sicherheit bei der Überfahrt über den Ozean auch nichts anderes als solche gegen mich gerichtete Todeswünsche seien. Diese Bewußtmachung ist vielleicht das schwierigste Stück der ganzen Analyse. Angesichts ihres bewußten Todeswunsches gegen die Schwester im Augenblick der Halluzination bleibt ihr aber nichts anderes übrig, als auch diesen Mechanismus in der Übertragung zu akzeptieren.

In diesem Wutanfall spürte die Patientin auch wieder das Brausen im Kopf, gleichzeitig mit dem Gefühl, daß die Augen größer werden und sich nach der Schläfe bewegen. „Alles drehte sich," schildert sie, „dabei hörte ich das schreckliche Brausen und alles wanderte irgendwo anders hin." Ich frage, wie sie sich diese Symptome erklären kann. Ihr scheint die Erklärung sehr einfach. Ihre Schwester ist im Wahnsinn gestorben; wenn man aber wahnsinnig ist, dann ist alles im Gehirn verkehrt, manchmal dreht es sich sogar ganz herum. Das Symptom bedeutet also eine hysterische Identifizierung mit der Schwester. Sein tieferer Sinn liegt in der phallischen Bedeutung der Augen, die erst größer werden, d. h. erigieren, sich dann vom Platz bewegen, sich verdrehen und schließlich ganz verschwinden. Damit ist offenbar das Schicksal des mißbrauchten Sexualorgans gemeint, das sowohl in Neurosen wie in Psychosen so häufig durch das (erkrankte) Gehirn symbolisiert wird.

In dieser Phase wird die Wiederholung der Vergangenheit besonders

auffällig. Wir sehen jetzt, daß die Leute auf der Straße, die sich in dem Beziehungswahn der Patientin über sie lustig machen, einfach Neuauflagen der Schwester und ihrer männlichen Freunde sind, die lachten und das Kind nicht beachteten. Die Kleine fühlte sich gedemütigt und vernachlässigt und war sicher, daß sie sie auslachten, während sie in Wirklichkeit einfach lachten und sie nicht beachteten. Wir wissen aus Freuds Arbeit über Paranoia,[1] daß der Paranoiker Gleichgültigkeit als Feindseligkeit empfindet. Er erwartet, überall liebevoll aufgenommen zu werden, und wird statt dessen in der Wirklichkeit von Fremden natürlich ebenso gleichgültig behandelt wie wir alle. Die erwartungsvolle Einstellung des Paranoikers gleicht ganz der des Kindes, das in seinem uns wohlbekannten allumfassenden Narzißmus erwartet, überall Liebe und Anerkennung zu finden, die wir Erwachsenen dem Kinde gewöhnlich auch entgegenbringen. Bei meiner Patientin hat sich diese kindliche Einstellung im erwachsenen Leben erhalten; was aber für das Kind normal ist, müssen wir hier beim Erwachsenen als psychotisch bezeichnen.

Wir benützen die letzten vier Tage dieser nur zweieinhalb Monate langen Analyse, um das Material der letzten Stunde zu vertiefen und auszuarbeiten. Die Patientin ist nicht nur von der Richtigkeit meiner Deutungen überzeugt, sie ist auch zum erstenmal von der rätselhaften Wut befreit, die sie seit der Kindheit immer wieder plötzlich überfallen hatte und gegen die sie machtlos gewesen war. Sie kann auch endlich ruhig und ohne übermäßige Trauer an die Schwester denken. „Ich weiß jetzt," sagt sie, „daß es halt ihr Schicksal war. Es tut mir leid, daß es so gekommen ist, aber jetzt weiß ich, daß ich nichts dafür konnte, und ich bin nicht mehr so schrecklich traurig. Ich wäre nur froh, wenn ihr Leben anders gewesen wäre."

Ich schicke sie kurz vor Beendigung der letzten Stunde fort, weil wir wirklich nichts mehr zu besprechen haben. In diesen vier Tagen seit ihrem Anfall hat sie alle ihre Symptome verloren. Der Verkehr mit ihrem Mann ist befriedigend und lustvoll. Sie verträgt sich noch immer nicht gut mit ihrer Stiefmutter und Schwiegermutter; ich habe aber inzwischen beide kennen gelernt und kann mir leicht vorstellen, daß auch ein Gesunder nicht ohne weiteres mit ihnen auskommen würde. Ihr Benehmen ist ruhig und heiter und sie zeigt mir gegenüber nichts von der übertriebenen Dankbarkeit, die das Zeichen einer ungelösten Übertragung ist und so leicht die Basis für einen späteren Rückfall abgeben kann.

1) Freud: Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. Ges. Schriften, Bd. V.

VI
Schlußfolgerungen

1) Diagnose

Ich habe diesen Fall, ebenso wie die Psychiater, die ihn vor mir gesehen haben, als Eifersuchtswahn bezeichnet. Diese Diagnose stützt sich auf die folgenden Tatsachen:

1) Die Psychose ist monosymptomatisch, die vorherrschende Idee ist ein Eifersuchtswahn; um ihn gruppieren sich einige schlecht systematisierte und wenig ausgearbeitete Verfolgungsideen.

2) Der pathologische Prozeß ist scharf umschrieben. Wenn auch die untergeordneten Beziehungsideen eine größere Anzahl von Personen und somit in einem gewissen Maß das tägliche Leben der Patientin mit einbeziehen, hat doch ihre Arbeitsfähigkeit dadurch nicht ernstlich gelitten. Auch die Beziehungen zu den weniger wichtigen Personen ihrer Umgebung sind durch die Krankheit nur wenig beeinflußt; wenn ihre spezifischen Schwierigkeiten nicht berührt werden, ist ihr Benehmen normal.

3) Wir sehen keine Anzeichen von intellektueller Schädigung oder ungewöhnlich labiler Affektivität. Die Affekte sind ungeschädigt. Ein gewisser Scharfsinn, der sich bei der Paranoia fast immer findet und in unserem Falle ganz auf das Gebiet der Wahnideen beschränkt bleibt, ist der Patientin nur durch und während ihrer Krankheit zu eigen. Wir finden aber keine Spur der für die Schizophrenie charakteristischen phantastischen Ideenbildung.

4) Mit Ausnahme der elektrischen Sensationen (dem einzigen halluzinatorischen Phänomen, das bei der echten Paranoia vorzukommen pflegt) finden wir keine Halluzinationen; ihr Fehlen bei gleichzeitigem Auftreten von Wahnideen ist für diese Krankheit charakteristisch. Die Vision der toten Schwester würde ich als ein der Analyse zugehöriges Phänomen bei einer Person von ausgesprochen plastischem Typus bezeichnen. Für sie ist die Erinnerung an ein Ereignis gleichbedeutend mit dem Wiedererleben. Fast jeder ihrer Träume ist nichts als eine wenig entstellte Wiederholung von Vergangenem. Wir finden die Tendenz, plastisch zu erinnern, am ausgesprochensten bei Kindern, die vergangene Erlebnisse fast immer als Bilder erinnern und oft aufzeichnen können, was sie auf andere Art nicht auszudrücken imstande sind. In ähnlicher Weise benehmen sich Psychotiker, teils weil sie auf das kindliche Niveau regrediert sind, teils weil ihnen die Funktion der Realitätsprüfung verloren gegangen ist.

So viel hätte ich an positiven Anhaltspunkten für die Diagnose hervorzuheben. Es stimmt wohl, daß die Patientin mit ihren dreißig Jahren zu

jung für eine Paranoia scheint, die im allgemeinen erst in den Vierzigern aufzutreten pflegt. Wir finden aber einen solchen Mangel an Übereinstimmung zwischen Krankheit und Patienten gelegentlich, am seltensten in den Zwangsneurosen, am häufigsten vielleicht bei den frühzeitig auftretenden Psychosen, bei denen der Krankheitsprozeß noch nicht die ganze Persönlichkeit ergriffen hat. In dem vorliegenden Fall hatte ich häufig den Eindruck, daß Krankheit und Patientin nicht zusammenpaßten. Wir kennen alle die typische paranoische Persönlichkeit und die typische Paranoikerin, wie man sie in den Irrenanstalten findet: eine Frau in mittleren Jahren, streitsüchtig und aggressiv. Meine Patientin dagegen war schüchtern, schweigsam und von unterwürfigem Wesen. Sie war in jeder Beziehung minderentwickelt. Es wäre unsinnig, diese Minderentwicklung der Persönlichkeit der Paranoia zuzurechnen; wir wissen, daß in den meisten Fällen das Gegenteil der Fall ist. Die gewöhnliche Paranoia persecutoria, mit ihrer umfassenden Ideenbildung, ihrer überragenden Intellektualität und ihrem Vorkommen bei Personen mit großer Sublimierungsfähigkeit ist ihrem Wesen nach eine hochorganisierte männliche Psychose, die auch tatsächlich bei Männern viel häufiger zu finden ist als bei Frauen. So steht also das primitive Niveau meiner Patientin im Gegensatz zu der Wahl ihrer Krankheit. Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf eine Möglichkeit zur Differenzierung zwischen zwei Typen der echten Paranoia, dem Eifersuchtswahn und dem Verfolgungswahn, hinweisen. Der letztere ist, wie wir gesehen haben, eine komplizierte Psychose männlichen Charakters und ist die häufigste Form der Paranoia bei Männern. Der Eifersuchtswahn andererseits ist die bevorzugte Form der Paranoia bei Frauen. Ähnlich wie die Hypochondrie, kann die Eifersucht ein kompliziertes System von Verfolgungsideen verdecken. Sie kann aber auch als vereinzeltes Symptom auftreten, um das sich nur im Hintergrund einige rudimentäre Verfolgungsideen gruppieren. Wenn wir bedenken, daß die Eifersucht in allen ihren normalen und abnormen Formen bei Frauen so viel häufiger vorkommt als bei Männern, verstehen wir auch das Vorherrschen des Eifersuchtswahnes beim weiblichen Geschlecht. Im Gegensatz zu dem philosophierenden, systematisierenden Verfolgungswahn, ist der Eifersuchtswahn viel primitiver und rudimentärer, dem normalen Leben und der Neurose viel näher gerückt. Es scheint mir möglich, daß diese verschiedenen Formen der Erkrankung auf eine Variation der Mechanismen wie auch auf Unterschiede in der Entwicklung zurückzuführen sind.

Es wird behauptet, daß die Paranoia eine seltene Psychose sei. Das mag stimmen, wenn wir unsere Schätzung auf die Statistiken der Irrenanstalten stützen. Aber der Charakter der Paranoia, ihre Umschriebenheit und

Lokalisierung — im Gegensatz zu der das ganze Leben überschwemmenden Schizophrenie — hält die an ihr Leidenden von den Anstalten fern. Ein großes Stück der Persönlichkeit des Paranoikers bleibt, wenn auch nicht intakt, so doch noch realitätsfähig.

Bevor ich mich in die Differentialdiagnose einlasse, will ich noch einmal kurz den Ablauf des von mir geschilderten Falles zusammenfassen. Der Zeitpunkt des eigentlichen Auftretens der Psychose ist nicht leicht zu bestimmen. Die akute Erkrankung begann offenbar kurz nach der Heirat. Die Patientin war, als sie zu mir kam, 16 Monate lang verheiratet und litt seit ungefähr einem Jahr an den Vorstellungen von der Untreue ihres Mannes. Man scheint berechtigt anzunehmen, daß die Patientin zwar immer scheu und mißtrauisch, vielleicht sogar latent paranoid, aber doch vorher nicht krank gewesen war.

Es ist oft eine heikle und schwierige Sache zu entscheiden, wie weit eine Eifersucht berechtigt ist. Besonders bei Personen dieses Standes ist fast keine Art von sexueller Beziehung völlig ausgeschlossen. Aber nach eingehender Untersuchung der Verhältnisse auf Grund von persönlicher Kenntnis aller beteiligten Personen kam ich zu dem Schlusse, daß ein Verhältnis des Mannes meiner Patientin mit der Stiefmutter seiner Frau zwar nicht ausgeschlossen, aber doch außerordentlich unwahrscheinlich sei. Die Situation wurde aber noch durch drei Umstände kompliziert. Der erste war ein etwas kokettes, verliebtes Benehmen der Stiefmutter, einer gesunden und sinnlichen Fünfzigerin, deren eigener verwachsener und zuckerkranker Gatte beim Geschlechtsverkehr sicher viel zu wünschen übrig ließ. Die zweite Schwierigkeit lag darin, daß der junge Mann Angst hatte, die ältere Frau zu beleidigen und sich dadurch mit ihr und dem Schwiegervater zu überwerfen, von dem er finanziell abhängig war. Die Patientin hatte immer behauptet, daß die Schwiegermutter auch ungebührlich zärtlich mit ihrem anderen Schwiegersohn, dem Mann ihrer eigenen Tochter, sei. Nur schien ihr dieses Verhältnis nie so bedeutsam wie das zwischen ihrem eigenen Mann und der Stiefmutter, weil, wie sie sagte, der andere Schwiegersohn seine Frau sehr gern hatte.

Der dritte Umstand ist der interessanteste. Es ist für diese Krankheit charakteristisch, daß die Patienten sich wirklicher Tatsachen bemächtigen, sie verzerren und pathologisch auf sie reagieren. Wir wissen, daß auch der nicht psychotische Eifersüchtige eine ungewöhnliche Schärfe der Beobachtung entwickelt und dort, wo es ihn angeht, für Nuancen empfindlich wird, die man normalerweise nicht bemerken kann. So ging es auch mit meiner Patientin. Uns mag es unsinnig erscheinen, daß ein gesunder und nicht unschöner Mann von dreißig Jahren sich an eine ganz ordinäre

fünfzigjährige Marktfrau wegwerfen sollte. Gerade hier verbirgt sich aber der dritte, für das normale Empfinden gar nicht merkliche Umstand: der junge (wie ich später zu erfahren Gelegenheit hatte), selbst schwer hysterische Mann war an seine eigene Mutter so stark gebunden, daß er sich, wenn er gezwungen wäre, zwischen ihr und seiner Frau zu wählen, wie er selber zugab, ohne Zögern für die Mutter entscheiden würde. So war also unsere Patientin in gewissem Sinne im Recht: in ihrer Eigenschaft als Mutterersatz konnte die Stiefmutter tatsächlich den jungen Mann mehr als gebührlich an sich ziehen.

Auf dieser wenig soliden Basis entwickelte sich die Vorstellung von der Untreue des Mannes, die dann zur Idee wurde, daß der Mann, die Stiefmutter und die Schwiegermutter eine Verschwörung gegen sie angezettelt hatten. (Die auf die Schwiegermutter gerichtete Eifersucht war offenbar eine Abzweigung von der wichtigeren Eifersucht auf die Stiefmutter, wobei die Erkenntnis der erotischen Natur der Mutter-Sohn-Beziehung eine Rolle spielte. Die bloße analytische Aufklärung der Vorgänge, die sich in ihrem Mann abspielten, war von bester Wirkung auf die Patientin.) In der Entwicklung der Übertragung wurde diese Verschwörung auch auf mein Haus ausgedehnt. Ihr einziges Ziel war, die Patientin „aus dem Weg zu schaffen". Aus diesem Grunde rief ihr Mann die Polizei und die Polizei brachte sie auf die psychiatrische Klinik. Sie gab sozusagen dem Druck der Familie nach und benahm sich so, daß man diese Maßregeln gegen sie ergreifen konnte. An dieser Stelle fand sich bei der Patientin eine unbestimmte Vorstellung von induziertem Wahnsinn. Nach meiner Kenntnis der Familie ist es sehr gut möglich, daß die beiden älteren Frauen sich der jüngeren gegenüber feindselig benahmen und versuchten, ihren Mann gegen sie zu beeinflussen. Die ganze Situation war auch so kompliziert und unerfreulich, daß die drei anderen zweifellos froh waren, die Patientin loszuwerden. Wir wissen von den Neurosen her, wie schnell eine Familie bereit ist, die Schwäche eines ihrer Mitglieder auszunützen und eine Erkrankung zu ihrem Vorteil zu wenden. Als Analytiker sind wir häufig die Gegner der Familie. Warum die Verwandten der Patientin sie aus dem Weg schaffen wollten, kümmert sie übrigens wenig. Man hat den Eindruck, der sich natürlich unter den gegebenen Umständen wahrscheinlich weder bestätigen noch abstreiten läßt, daß eine wirkliche Systematisierung der Verfolgungsideen bei dieser Form der Paranoia wenn überhaupt, dann erst viel später vorgenommen würde, und daß in unserem Falle einfach die Zeit für eine wirkliche Entwicklung der Ideen und Symptome noch zu kurz gewesen war. Die psychiatrische Erfahrung lehrt uns, wie lange eine solche Wahnbildung braucht und

daß die Ausarbeitung der einzelnen Teile des Wahngebildes sich über Jahre ausdehnen kann. Andererseits aber erhalten sich auch viele Fälle von Eifersuchtswahn unbestimmt lange in ihrer unsystematisierten und rudimentären Gestalt.

Die beiden Möglichkeiten, die wir bei der Differentialdiagnose in Betracht zu ziehen haben, sind die paranoische Form der Schizophrenie und die Hysterie. Wenn auch keine positiven Anzeichen vorhanden sind, so scheint es mir doch derzeit unmöglich, die erstere der beiden Möglichkeiten vollkommen auszuschließen. Die Patientin zeigte keine Stereotypien der Sprache, der Bewegungen oder des Denkens, keine psychische Beeinträchtigung, außer daß sie in Zeiten starker Gefühlskonflikte die Schnelligkeit und Exaktheit ihrer Arbeit vermindert fühlt. Sie hat keine Halluzinationen, mit Ausnahme der elektrischen Sensationen, und keine Wahnvorstellungen, außer den Eifersuchts- und Verfolgungsideen, also keine Ideen über eine an ihr vor sich gehende Umgestaltung, eine Beeinflussung von fremder Seite, eine Geisterwelt usw.

Die beiden verdächtigsten Punkte sind 1) die elektrischen Sensationen im Kopf und 2) die anfängliche Klage über den Mangel jeglichen Gefühls. In Bezug auf den ersten Punkt müssen wir bedenken, daß wir hier mit einer Person von sehr primitivem Typus zu tun haben, für die „Elektrizität" etwas ganz anderes bedeutet als für uns. Es ist einfach eine infantile Art, verschobene sexuelle Sensationen zu beschreiben. In den Psychosen, in denen elektrische Sensationen eine Hauptrolle spielen, ist gewöhnlich der Verfolgungsgehalt die Existenzbedingung dieser Sensationen: jemand versucht, auf diese Weise den Patienten zu beeinflussen, sendet den elektrischen Strom in irgend einer bösen Absicht in seinen Körper. In unserem Falle aber blieb die Vorstellung sozusagen leer. Auch hier ist es wieder möglich, daß der Inhalt sich nur noch nicht entwickelt hat, der Rahmen erst in späterer Zeit ausgefüllt werden würde. Wir können das zu diesem Zeitpunkt noch nicht beurteilen.

Die Erklärung der Gefühlsunempfindlichkeit der Patientin habe ich bereits gegeben. Daß ein Symptom theoretisch und therapeutisch der Analyse zugänglich ist, besagt allerdings noch nichts über seine diagnostische Bedeutung. Aber auch klinisch unterscheidet sich die Indifferenz meiner Patientin deutlich von der eines gewöhnlichen Schizophrenen oder Hebephrenen. Die Libidoregression, die wir dort als Ursache finden, geht viel zu tief, um, wie in dem vorliegenden Fall, analysiert und als Folge davon behoben zu werden. Was uns hier als Regression erscheint, ist auch tatsächlich keine Regression, sondern eine Fixierung. Wir müssen bedenken, daß die Bindung der Patientin an ihre Schwester in eine sehr frühe Periode ihrer Entwicklung, bis in ihr erstes Lebensjahr zurückreicht. (Zu

dieser Zeit erkrankte ihre Mutter, so daß die Schwester ihre Pflege übernahm.) Nachdem diese Fixierung einmal stattgefunden hatte, war auch jede Gelegenheit zur Weiterentwicklung oder zur späteren Regression von einer höheren Stufe genommen. Nur die Kombination des primitiven Niveaus, auf dem die Fixierung stattfand, mit dem Umstand, daß das Objekt, an das sie sich gebunden hatte, unbewußt wurde, erweckt den Anschein einer — in Wirklichkeit nicht vorhandenen — weitgehenden Regression.

Es ist ohne Zweifel therapeutisch leichter, eine primäre Fixierung zu beeinflussen als eine Regression. Ich führe auch den therapeutischen Erfolg bei meiner Patientin darauf zurück, daß ihre Krankheit auf einer solchen Fixierung und einer sich daraus ergebenden Entwicklungshemmung basiert war. Ich zweifle auch nicht daran, daß der gewöhnliche Tatbestand bei der Paranoia die Regression ist und nicht die Fixierung mit Entwicklungshemmung. Es ist aber interessant, einen typischen Eifersuchtswahn auf atypischer Basis kennen zu lernen; und es ist sicher nicht möglich zu beurteilen, wie oft der zugrunde liegende Mechanismus ein atypischer ist. Ich hatte die Analyse dieser Patientin unternommen, weil ich nach der Behandlung eines (später zu veröffentlichenden) männlichen Paranoikers die Mechanismen der weiblichen Paranoia kennen lernen wollte. Es war also ein reiner Zufall, daß der Fall sich als atypisch und dadurch der Beeinflussung günstig erwies.

Es wird gewöhnlich angenommen, daß der Schizophrene keine Übertragung zustande bringt. Diese Behauptung stimmt aber kaum für die Frühstadien der Erkrankung, in der der Patient in seinem Bemühen, die narzißtische Regression zu überwinden, zahlreiche überkompensierende Identifizierungen und Liebesbindungen vollzieht. So kann ich also die Schnelligkeit, mit der meine Patientin ihre Übertragung zustande brachte, nicht als Beweis gegen die Diagnose einer beginnenden Schizophrenie verwerten. Die Bindung an die tote Schwester hätte bei jeder Art von Erkrankung die Herstellung einer homosexuellen Übertragung außerordentlich erleichtert. Es ist theoretisch durchaus möglich, ihren Anfall von Eifersuchtswahn als eine frühe schizophrene Phase zu bezeichnen. Die Besserung der Patientin wäre dann das Ergebnis einer Remission, unterstützt durch das Aufdecken unbewußter Faktoren mit der darausfolgenden Druckverminderung vom Unbewußten her. Solche Remissionen gehen aber in der Schizophrenie ohne äußere Hilfe vor sich. Die Krankheit schreitet bis zu einem bestimmten, individuell verschiedenen Punkt fort, um dann plötzlich haltzumachen. Wir müssen also außerordentlich vorsichtig in der Beurteilung sein, ob die angewendete Therapie überhaupt etwas mit dem therapeutischen Resultat zu tun gehabt hat.

Wenn diese Art der Auffassung auch allen Anspruch auf Glaubhaftigkeit hat und theoretisch höchst befriedigend wirkt, so wird sie doch wieder von der klinischen Beobachtung des Falles widerlegt. Jeder Diagnostiker weiß, wie schwierig es ist, die fast unmerklichen klinischen Nuancen zu formulieren, die ihn bei der Abgabe seines Urteils leiten. Ich begnüge mich daher, zu erwähnen, daß alle Eindrücke, die ich von der Patientin in allen Stadien ihrer Krankheit, nach ihrer Herstellung und während ihrer zahlreichen häuslichen Konflikte erhielt, der Diagnose einer Schizophrenie oder einer schizoiden Psychopathie durchaus widersprachen.

Zur Unterstützung der Diagnose einer Hysterie könnte man natürlich anführen, daß die ganze Psychose vielleicht nur eine Imitation der toten Schwester sei, die vor dem Tode geisteskrank war und sich wahrscheinlich über die Feindseligkeit der ganzen Welt beklagt hat. Aber die Form der Übertragung, auch abgesehen von den paranoischen Mechanismen, ist der einer Hysterie durchaus unähnlich. Man vermißt die hartnäckige Leidenschaftlichkeit der hysterischen Objektbeziehung. Man erstaunt über die Leichtigkeit, mit der die Patientin unter dem Einfluß ihres Wahnes den Liebesverlust von seiten ihrer sonstigen Objekte verträgt (Analytikerin, Mann usw.). Sie hat eine unheimliche Art, einem durch die Finger zu schlüpfen. Infolge der verminderten Bedeutung der Realität hat die Übertragung nicht ihre sonstige Macht. Wir müssen auch bedenken, daß die Selbstmordversuche der Patientin durchaus ernsthaften Charakters waren.

Es ist kein Zweifel, daß gewisse hysterische Mechanismen vorhanden sind, so zum Beispiel die Identifizierung mit der Schwester, deren Gehirn „verdreht" war, die Metrorrhagie, das Jucken usw. Auch die Wutanfälle haben hysterischen Charakter, ebenso der sie begleitende momentane Kontaktverlust mit der Außenwelt, der aus hysterischen Anfällen und Dämmerzuständen bekannt ist. Die hysterische Identifizierung kann natürlich ohne weiteres neben der homosexuellen Bindung bestehen. Nur für die Wahnbildung erhalten wir aus ihr keinen Anhaltspunkt.

Schließlich scheint mir noch die Schnelligkeit der Analyse gegen die Diagnose einer Hysterie zu sprechen. Eine gewöhnliche Hysterie von der Schwere unseres Falles erfordert eine viel längere Dauer der analytischen Behandlung.

2) *Mechanismen*

Verlassen wir jetzt die Frage der Diagnose, um uns den Mechanismen dieser Psychose zuzuwenden. Es besteht bei dem vorliegenden Falle kein Zweifel, daß die unbewußte Homosexualität der Patientin die Ursache, die Heirat die Veranlassung der Erkrankung war. Wir sehen verschiedene

Gründe, warum die Heirat als auslösender Faktor wirkt, der wichtigste darunter ist wahrscheinlich die mit ihr verbundene Enttäuschung. Der Mann ist, wie wir erfahren haben, an die Stelle der Schwester gerückt; folglich erwartet die Patientin von ihm die (masturbatorische) Befriedigung, die sie in der Vergangenheit von der Schwester empfangen hatte. Die neue Beziehung erweist sich aber als ganz anders geartet und die Patientin steht der Anforderung des Koitus völlig unvorbereitet gegenüber. So mißlingt der Versuch, die homosexuelle Liebe von ihrer Schwester auf ihren Mann zu übertragen, weil sie mit dem, was er ihr bieten kann, nichts anzufangen weiß. Ihre eigene Gleichgültigkeit projiziert sie dann auf ihn. Die Ehe schlägt also fehl, weil sie die Anpassung ihrer Homosexualität nicht zustande bringt; wir dürfen aber annehmen, daß auch ein befriedigendes heterosexuelles Erlebnis nur ihre unbefriedigte Homosexualität an die Oberfläche gebracht hätte.

Ich verweile an dieser Stelle einen Augenblick bei der Frage der sogenannten periodischen Paranoia. Bei dieser Erkrankung ist eine Disposition zur Paranoia vorhanden, die Krankheit selber wird aber nur bei einer besonderen Provokation manifest. In unserem Falle wäre die Ehe dieses provozierende Moment. Es ist bekannt, daß solche Fälle mit oder ohne Behandlung Remissionen aufweisen. Wir könnten den Fall unserer Patientin dieser Gruppe zurechnen; damit würde die Heilung — richtiger gesagt die Remission — ihre Erklärung finden. Nach Durchsicht der Literatur aber habe ich den Eindruck, daß die Remission bei solchen Fällen auftritt, wenn der aktuelle Konflikt aus der Welt geschafft ist und daß eine Rezidive eintritt oder eintreten kann, wenn ein äußeres Ereignis den realen Druck, unter dem der Patient steht, wieder steigert. Die latente paranoische Tendenz wird von außen her aktiviert: das Individuum kann ein bestimmtes Maß von innerem Druck aushalten, ohne krank zu werden; die Krankheit bricht erst aus, wenn zu diesem inneren Druck ein Druck von außen hinzutritt. Natürlich sind die meisten Fälle von Paranoia vor allem endogen und zeigen, soviel ich weiß, keine Neigung zu fluktuieren.

Nach dem Vorhergehenden scheint es mir aber doch nicht korrekt, unseren Fall als einen Fall von periodischer Paranoia zu klassifizieren. Wir sehen keinen äußeren Grund für die Remission. Die Schwierigkeiten des Ehelebens waren konstant im Ansteigen, von hier aus war nicht auf eine Besserung zu hoffen. In der Außenwelt der Patientin war nicht die geringste Veränderung vor sich gegangen, nicht einmal ihre wirklich elenden Verhältnisse hatten sich gebessert. Anderseits ist es prognostisch sicher von guter Vorbedeutung, wenn die Krankheit durch ein bestimmtes Ereignis hervorgerufen worden ist. Das gleiche gilt auch für die Neurosen. Ein

Individuum, daß auf eine ungewöhnlich schwierige Situation neurotisch reagiert hat, ist sicher viel leichter zu heilen, als ein Patient, der scheinbar ohne Ursache und unter günstigen Umständen neurotisch geworden ist.

Ich möchte noch ein Wort über die kurze Dauer dieser Analyse sagen, die sich über nicht mehr als zweieinhalb Monate erstreckte. So kurz, scheint mir, müßten auch die Analysen von Kindern vor der Latenzperiode ausfallen, wenn es nicht notwendig wäre, die analytische Therapie mit einer viel länger dauernden erzieherischen Bemühung zu kombinieren. Bei meiner Patientin war offenbar die Einfachheit und Kindlichkeit ihres Wesens für die Schnelligkeit der Analyse verantwortlich. Der Vergleich ihrer Behandlung mit einer Kinderanalyse ist auch mehr als eine bloße Analogie. Die Patientin war im wahrsten Sinne des Wortes ein Kind geblieben. Die analytische Arbeit hatte nur eine Fixierung zu lösen. Selbst die Verdrängung ihrer Homosexualität war ganz primitiver Natur, ohne die übliche neurotische Verarbeitung und darauffolgende Regression. So war also die analytische Arbeit bei ihr außerordentlich vereinfacht, man mußte keinen langen Rückweg machen, um zu der eigentlichen Quelle der Krankheit zu gelangen. Offenbar ist es gerade die Primitivität im Aufbau dieser Psychose, die der Behandlung den Zugang ermöglicht hat.

Der Hauptgrund für die Kürze der Behandlung scheint mir aber in der Natur und Dynamik der psychotischen Übertragung zu liegen. Die zwei Hauptschwierigkeiten eines solchen Falles sind 1) die Verwandlung der Psychose in eine Übertragungspsychose und 2) die Beherrschung der sich daraus ergebenden Übertragung. In den weiter vorgeschrittenen Fällen von Paranoia, bei denen der Analytiker sofort zum Hauptverfolger wird, muß unser ganzes Bemühen dahin gehen, die Übertragung abzuwehren, die analytische Atmosphäre so klar und affektfrei als möglich zu erhalten, bis es gelungen ist, das Wahnsystem wenigstens an einigen Stellen zu unterminieren. In Anfangsstadien, wie in dem vorliegenden Fall, versucht der Patient, seine Wahnideen für sich zu behalten und dem Analytiker den Zutritt zu ihnen zu verwehren. Hier glaube ich, muß man die gewöhnliche analytische Taktik verfolgen und gerade das tun, wogegen der Patient sich sträubt: man muß die Psychose zwingen, sich in der Übertragung zu offenbaren.

Der auffälligste Faktor dieses Falles ist das völlige Fehlen eines Ödipuskomplexes. Unser erster Eindruck, daß die Patientin von der Ödipusphase aus regrediert ist, bestätigt sich in der Analyse nicht: der Vater spielt bei ihr keine Rolle. Wir fragen uns, wie das in einer Familie möglich sein soll, wo ein Vater tatsächlich vorhanden war. Die Antwort kann nur lauten, daß das starke und frühzeitige homosexuelle Trauma das Kind vor der

Ödipusstufe so an die ältere Schwester fixiert hatte, daß die Entwicklung zum Ödipuskomplex und zur Heterosexualität dadurch blockiert war. Dabei kommt in Betracht, daß es sich bei der Bindung an die Schwester um ein starkes, von beiden Seiten aufrecht erhaltenes Liebesverhältnis handelte. Es stimmt zwar, daß der Neurotiker sich im allgemeinen gerade dort unlösbar bindet, wo seine Liebe enttäuscht worden ist; trotzdem dürfen wir an den zwar selteneren, aber einfacheren anderen Fall nicht vergessen: wenn das Individuum in seiner frühen Jugend an irgendeinem Punkt zu viel an Befriedigung bekommen hat, dann wird es im späteren Leben immer wieder versuchen, zu dieser ersten und stärksten Lustquelle zurückzukehren. Nicht die Phantasie, sondern die wirklichen Erlebnisse berechtigen ihn dazu, an dieser Stelle ganz bestimmte Erwartungen zu hegen. Wenn dann ein späteres Ereignis diese vom Bewußtsein niedergehaltenen, aber im Unbewußten immer noch lebendigen Wünsche wiedererweckt und ihre Befriedigung dem Individuum nicht gelingt, dann ist damit wohl die Basis zur Entwicklung einer Psychose gegeben.

Bei Fehlen des Ödipuskomplexes, mit der phallischen Frau als einzigem Liebesobjekt, kann der Peniswunsch nicht die gewöhnliche Umwandlung in den Wunsch nach einem Kinde erfahren. Dieser Wunsch nach einem Kind, der normalerweise den narzißtischen Peniswunsch ablöst, ist zwar selbst noch narzißtisch, entspringt aber bereits der Objektbindung des Mädchens an den Vater. Bei unserer Patientin dagegen finden wir weder einen Fortschritt über die ursprüngliche Situation hinaus noch eine Reaktion auf diese Situation. Sogar die Identifizierung mit der Schwester, wie sie in der Masturbation mit den Tieren gegeben ist, entspricht eher einer Wiederholung des Geschehenen als einer wirklichen Identifizierung, bei der die ursprüngliche passive Rolle zugunsten der aktiven aufgegeben würde. Die Entwicklung ist sowohl nach der femininen wie nach der maskulinen Seite hin gehemmt.

Die Frage, ob Paranoia immer auf verdrängte Homosexualität zurückgeführt werden muß, wird von unserem Fall natürlich nicht geklärt. Ich möchte in dieser Beziehung nur einen Punkt besonders hervorheben. Die Homosexualität meiner Patientin ist nicht die gewöhnliche, auf die Liebe zum Vater und die Identifizierung mit ihm gegründete männliche, aktive Homosexualität. Sie entsteht aus der zufälligen Bindung des normalerweise passiven kleinen Kindes an ein zufällig weibliches (wenn auch phallisches) Objekt, die Schwester. Wir müssen diese atypische Form dem Faktor der Verführung zuschreiben, der, wie wir wissen, alle möglichen Umwälzungen in der Entwicklung eines Individuums zur Folge haben kann. Aber selbst diese atypische Homosexualität führt zu einer paranoischen Psychose, so

ungeeignet das von ihr betroffene Individuum auch für diese Krankheit erscheint!

Zur Frage der Prognose kann ich nur hinzufügen, daß die Patientin jetzt bereits etwas mehr als einundeinviertel Jahr gesund geblieben ist. Auf eine plötzliche und radikale Mastoidoperation hat sie allem Anschein nach völlig normal reagiert. Sie ist dicker und lustiger geworden und hat ihre Schüchternheit und Zurückgezogenheit aufgegeben. Trotzdem ihr Mann ein deutlicher Neurotiker ist, sind ihre Geschlechtsbeziehungen befriedigend und das Einvernehmen mit den Frauen der Familie kein zu schlechtes. Sie hat mit ihrer Heilung etwas von dem Anziehenden und Feinfühligen ihres Wesens verloren; der Eindruck, den sie macht, ist gewöhnlicher und ihrer Umgebung besser angepaßt. Bisher hat keiner der vielen unvermeidlichen Familienkonflikte ihr Gleichgewicht gestört, ihre Anpassung an die Außenwelt scheint durchaus gelungen.

Es ist unmöglich zu beurteilen, wieviel von dieser Besserung echt ist, wieviel sich noch auf latente Reste der Übertragung zurückführen läßt. Ich sehe die Patientin von Zeit zu Zeit und ihr Verhalten mir gegenüber scheint normal. Trotzdem kann ich über die Dauer des Heilerfolges natürlich nichts aussagen. Man möchte sagen, daß das ganze unbewußte Material zutage gefördert und damit die Psychose an der Wurzel zerstört worden ist, — wir wissen aber noch nicht, ob die Bewußtmachung von bisher unbewußtem Material bei den Psychosen dieselbe therapeutische Wirkung hat wie bei den Neurosen. Bei der Schizophrenie zum Beispiel ist es sicher nicht die Aufgabe der Behandlung, einfach das sonst Verborgene zum Bewußtsein zu bringen. Das bewußt gewordene Unbewußte ist ja ohnehin das Element des Schizophrenen. Offenbar steht ein Fall wie der hier geschilderte den Neurosen näher als den Psychosen. So möchte ich mich zum Schluß mit der Behauptung begnügen, daß es unter ganz speziellen strukturellen Bedingungen möglich ist, einen paranoischen Prozeß zu analysieren und therapeutisch zu beeinflussen.[1]

PSYCHOPATHIC HOSPITAL BOSTON LIBRARY

1) Hinsichtlich der analytischen und der psychiatrischen Literatur der Paranoia-Frage verweise ich auf eine weitere Arbeit, die von mir demnächst in dieser Zeitschrift erscheint.

Klinische Beiträge zur Paranoiafrage

I

Zur Psychologie der Todesideen bei paranoider Schizophrenie

Von

Edward Bibring

Wien

Man findet nicht selten im Verlauf von paranoischen oder paranoid-schizophrenen Erkrankungen Ideen, die sich mit dem Tod oder Sterben bestimmter, meist nahestehender Personen oder auch der eigenen Person beschäftigen. Der folgende Beitrag stellt einen Versuch dar, die psychologische Bedeutung bestimmter solcher Todesideen, die sich besonders gut beobachten ließen, zu erfassen.

Was wir hier behandeln wollen, sind jene ohne jeden äußeren Anlaß, aus inneren Motiven im Verlauf der Krankheit spontan produzierten Wahnideen, die das „Sterben" in Wirklichkeit noch lebender Personen zum Inhalte haben oder aber das Weiterleben faktisch schon gestorbener Personen behaupten. Wir beschränken uns deshalb auf spontan ohne jeden Anlaß oder Entgegenkommen von außen entstandene Wahnideen, weil sie gegenüber den wahnhaften Umdeutungen, Wahnwahrnehmungen u. dgl. den einfacheren Sachverhalt darstellen — eine Beschränkung, die eben deshalb ohne weiteres gerechtfertigt erscheint.

Welche Bedeutung kommt nun diesen Ideen zu? Halten wir uns an den manifesten Inhalt der Angaben der Kranken, so hören wir, daß etwa die eine oder die andere Person sterben mußte, weil sie ihre verdiente Strafe erlitt für die dem sich verfolgt wähnenden Kranken zugefügte Unbill. Oder aber, daß die Feinde des Kranken die falsche Nachricht von dem Tode des einen oder des anderen verbreitet hätten, um irgend etwas zu erreichen, dem Patienten zu schaden usw. Oder wieder, daß Freunde und Verwandte des Patienten den Nachstellungen der mächtigen Verfolger zum Opfer fielen, weil sie es mit ihm, dem Verfolgten, hielten, oder einfach, weil sie eben mit ihm verwandt waren und weil der Kranke dadurch getroffen werden sollte. Und dergleichen Ideen mehr.

PSYCHOPATHIC HOSPITAL BOSTON LIBRARY

Wir werden aber diesen Angaben der Kranken nicht ohne weiteres Glauben schenken dürfen, aus der Erwägung, daß es sich hier um eine jener bei Neurosen und Psychosen so häufigen Rationalisierungen oder sekundären intellektuellen Bearbeitungen handeln könnte. Freud hat in seiner Arbeit über die Schreber-Biographie die Meinung ausgesprochen, daß der Wahnkranke nicht nur bestimmte Triebregungen projiziert, sondern daß der Wahninhalt überhaupt eine in die Außenwelt projizierte Darstellung der Libidobesetzungen bedeutet. Wenden wir diesen Grundsatz auf die Psychosen an, so werden sich für die Beurteilung der Wahnideen einleuchtenderweise solche Fälle am günstigsten erweisen, die sehr wenig an sekundären Bearbeitungen der Wahninhalte zeigen, die mit einem Worte die mit Hilfe der Projektion dargestellten Libidoveränderungen in möglichst durchsichtiger, wenn auch wahnhafter Form zum Ausdruck bringen, ähnlich wie in manchen Träumen das Unbewußte direkt, ohne starke Entstellungen zur Darstellung kommt.

Fall I. Es handelt sich um eine zirka fünfundvierzigjährige Frau, die drei bis vier Monate vor der Einlieferung an manifesten Verfolgungsideen erkrankt war. Sie fühlte sich von ihren Bekannten verfolgt, und zwar waren es bestimmte weibliche Personen ihrer Umgebung, die, nach Angabe der Patientin, über sie verschiedene Verleumdungen ausstreuten. Man sprach davon, daß Patientin eine „Warme" sei, daß sie mit ihrer früheren Klavierlehrerin homosexuelle Beziehungen unterhalten habe usw. Es bestand ein ganzes Komplott gegen sie; eine ganze Bande, die vor allem aus ihrer früheren Klavierlehrerin und der älteren Schwester der Patientin bestand, nahm daran teil. Gegen die Übergriffe dieser Gruppe von Verfolgern wurden jedoch sehr bald Gegenmaßnahmen ergriffen von den „Beschützern" der Patientin, deren Führer erst der Hausherr, dann der (schon längst verstorbene) Bruder der Patientin und schließlich eine mit geheimen Kräften ausgestattete Persönlichkeit, der sogenannte Hypnotiseur oder Telepath, war. Es trat unter Führung des Hausherrn eine Konferenz zusammen, die die ganze Sache untersuchen sollte. Bei dieser Sitzung erwies sich die Unschuld der Patientin und die Grundlosigkeit der erhobenen Beschuldigungen, so daß die Verleumder gestraft werden sollten, bzw. Strafe zu fürchten hatten, da die ganze Angelegenheit vor Gericht kommen sollte. Hierauf begingen sie Selbstmord, die frühere Klavierlehrerin sowohl als auch die Schwester der Patientin. Diese Idee tauchte bei der Kranken während eines Spazierganges mit voller Evidenz auf. Von da ab hörten die Frauen auf, im Wahnsystem der Patientin eine Rolle zu spielen: sie verschwanden gänzlich aus dem Inhalt der Psychose. Dagegen nahmen die durchwegs männlichen Beschützer von nun ab den

breitesten Raum ein. Es trat die schon erwähnte Idee auf, daß der schon vor Jahren verstorbene Bruder noch lebe, daß die Nachricht von seinem Tode seinerzeit von der Schwester, die allerhand Entdeckungen durch ihn zu fürchten hatte, fälschlicherweise verbreitet worden sei. Die ganze Hilfsaktion, die zu ihrer Rehabilitierung geführt habe, sei vom Bruder ins Werk gesetzt worden. Dieser Bruder spielt aber nur eine relativ kurze Zeit diese Rolle und wird im Wahnsystem bald abgelöst vom gleichfalls schon erwähnten Hypnotiseur oder Telepathen. Jetzt ist Patientin geneigt, diesem die Rolle des Helfers zuzuschreiben. Er sei der eigentliche, lange Zeit unerkannt gebliebene Beschützer. Alles, was bisher geschehen, habe er allein veranlaßt mit Hilfe seiner magnetischen Kräfte. Sie habe es nur nicht gemerkt. Aber dieser Hypnotiseur wendet sich sehr bald gegen sie selbst. Er verkehrt mit ihr auf telepathische Weise, schwängert sie aus der Ferne. Er will sie als Geisha durch die Welt führen, vorher aber ihren Mann beseitigen. In dieser Zeit taucht wiederholt die Idee vom Tod ihres Gatten auf. Patientin wird z. B. während des Einkaufens von der ängstlichen Gewißheit erfaßt, ihr Mann sei tot. Sie fuhr voller Angst nach Hause, wo sie ihren Mann wohlbehalten antraf. Dies wiederholte sich mehrere Male. Die Ideen vom Tode ihres Mannes waren regelmäßig von Angst begleitet. Der Wahn hat also eine Wandlung erfahren: die weiblichen Verfolger sind von männlichen Beschützern abgelöst worden, die sich aber dann in Liebhaber verwandelten. Aus dem Verfolgungswahn wurde so ein Liebeswahn.

Wir können aus dieser kurzen Schilderung des Falles entnehmen, daß das Sterben bestimmter Personen im Verlauf des Wahns wiederholt vorkam: es sterben zunächst fast alle weiblichen Verfolger durch Selbstmord, ferner der Gatte der Patientin. Einmal kommt die in der Folge dauernd festgehaltene Idee vom Weiterleben einer in Wirklichkeit verstorbenen Person, des Bruders des Kranken, vor. Sein Tod wird durch die Idee entwertet, es sei eine seinerzeit absichtlich ausgestreute falsche Behauptung gewesen.

Welche Bedeutung wir nun dem Tod dieser verschiedenen Personen beizulegen haben, scheint zwanglos mit aller Deutlichkeit aus dem Inhalt des Wahns hervorzugehen. Die wiederholt auftauchende Idee vom Tod ihres Gatten trägt im Zusammenhang mit der ganzen Konfliktsituation alle Merkmale einer Wunschidee an sich. Patientin berichtet ausführlich über die völlige Unbefriedigtheit in der Ehe und das bei allem äußerlich guten Einvernehmen völlige Entfremdetsein beider Eheteile. Seit zirka einem Jahre wurde kein Geschlechtsverkehr mehr geübt. Es gab wiederholt Mißstimmungen, und Patientin bekennt, daß die Ehe für sie eine Ent-

täuschung bedeutete. Es entspricht durchaus einer solchen Situation, daß sich gegen den Mann Gedanken feindlicher Natur, etwa in Form von Beseitigungswünschen, erheben und daß das Verlangen nach dem idealen Mann eine Wiederbelebung erfährt. Beide Tendenzen finden in der Psychose ihre Erfüllung. Der Gedanke vom Tod des Gatten taucht in einer bestimmten Phase auf. Die übermännliche Gestalt des Hypnotiseurs übernimmt die Rolle des idealen Liebhabers oder Gatten. Wir haben also in beiden Anteilen Erfüllung im Sinne der Wunschparanoia, teilweise ähnlich den Wahnbildungen alternder Mädchen oder sexuell unbefriedigter weiblicher Wesen, wie sie von Kretschmer und Kehrer beschrieben wurden. Der psychologische Zusammenhang ist also hier eindeutig gegeben. Ebenso verhält es sich mit den Ideen vom Sterben der weiblichen Verfolger. Es liegt ihm, wie man verständlich ableiten kann, der Wunsch nach Rache zugrunde. Die Kranke geht ja aus der Konferenz als triumphierende Unschuld hervor, die Verfolger aber sollen die gerechte Strafe erleiden. Man kann hinzufügen, daß auch die bei den Paranoikern so deutlich hervortretende allgemeine Aggressionsneigung sich in diesen Ideen ein gewisses Maß von Befriedigung verschafft.

Sehen wir aber vom Inhalte ab und betrachten wir die Punkte im Verlauf der Psychose, an denen diese letzten Ideen auftreten. Wir sehen sie an einem Wendepunkt der Psychose entstehen, nämlich dort, wo die weiblichen Verfolger von den männlichen abgelöst werden. Freud hat bekanntlich in seiner Arbeit „Über einen der Theorie widersprechenden Fall von Paranoia“ eine solchen Objektwechsel vom homo- zum heterosexuellen Objekt beschrieben. Diesen Objektwechsel haben wir uns etwa so vorzustellen, daß die Libido von dem einen Objekt abgezogen und auf dem Umweg über eine narzißtische Unterbringung dem heterosexuellen Objekt zugewendet wird. Im Falle Freuds identifiziert sich die Patientin mit dem homosexuellen Objekt, das sie aufgibt, und gewinnt auf diesem Wege das heterosexuelle Objekt wieder. In unserem ersten (und dem später zu besprechenden dritten) Fall konnte dieser Vorgang mit aller Deutlichkeit nachgewiesen werden. Patientin faßt die Idee, der Hypnotiseur mache sie ihrer Schwester ähnlich.

Nun tritt die Wahnidee vom Sterben bestimmter Personen gerade in der Phase des Objektwechsels auf, wird direkt Ausdruck desselben. Es sterben gerade doch die aufgegebenen, die ersetzten Objekte, die weiblichen Verfolger und der Gatte. Bezüglich des letzteren muß jedoch eine Einschränkung gemacht werden. Patientin fürchtet im Zusammenhang mit der Idee, der Hypnotiseur wolle sich ihrer bemächtigen, zuvor aber den Gatten zu diesem Zwecke beseitigen, den Tod des Gatten. Beim Auftauchen

des Gefühls, er sei tot, er sei gestorben, eilt Patientin voller Schreck nach Hause und kann an der Realität ihr „Gefühl" korrigieren. Die Idee vom Tod der weiblichen Verfolger wird aber nur einmal gefaßt und dann mit Befriedigung dauernd festgehalten. Beide Ideen sind von verschiedener Valenz, erfahren verschiedene Widerstände und haben auch im Bewußtsein der Patientin eine verschiedene Färbung.

Betrachten wir die Situation im Anschluß an die erwähnte Arbeit von Freud. Wir dürfen die These Freuds, daß es sich bei der Paranoia um einen homosexuellen Konflikt und seine Abwehr handle, für unseren Fall als erwiesen ansehen. Handelt doch der Inhalt im Anfang von Beschuldigungen der Homosexualität. Die ersten Verfolger sind aber gerade die (auch im Inhalt als solche bezeichneten) homosexuellen Objekte. Aus diesem Konflikt gewinnt die Patientin Freuds den Ausweg in der Form, daß sie durch Identifizierung mit dem weiblichen Objekt den Fortschritt zum männlichen findet. Das Aufgeben des gleichgeschlechtlichen Objekts wird also vom Ich bejaht, weil gefordert. Anders das Aufgeben des Mannes. Gegen diesen Wunsch richten sich die Tendenzen des Ich. Daher die Verschiedenheit des Verhaltens der Patientin beiden Ideen gegenüber. Wir wollen hier zunächst von der Idee des Todes des Mannes absehen[1] und uns nur auf die Ideen vom Tode der weiblichen Verfolger beschränken.

Das Sterben der Einzelnen bedeutet hier also das, was Freud für die Weltuntergangsphantasie im allgemeinen nachgewiesen hat: er ist vor allem der Ausdruck für die Tatsache des Libidoabzuges vom Objekt, bzw. von der *ubw* Objektrepräsentanz. Das „Sterben" ist sozusagen nur eine Gradsteigerung im Ausdruck gegenüber dem „Flüchtighingemachtsein" der Männer bei Schreber. Freud erwähnt übrigens im Zusammenhang mit der Weltuntergangsphantasie auch die Idee Schrebers von seinem eigenen Tod und von verheerenden Seuchen, die über die ganze Menschheit hereingebrochen seien. Was dort am Anfang des Wahns und allgemein, das geschieht hier partiell und im Verlauf der Krankheit.

Man könnte hier nun einwenden, daß die früher gegebene Erklärung im Sinne eines psychologischen Zusammenhangs völlig ausreichend sei, die Erklärung aber, es handle sich um die Darstellung eines Libidoabzuges, demnach überflüssig und unzureichend begründet. Es ist aber hervorzuheben, daß die Tatsache, daß vom Momente des Sterbens nur

1) Der Todeswunsch gegen den Mann entstammt mehr der *vbw* Schichte, die Einstellung zu den weiblichen Objekten ist tief *ubw*. — Der Fall soll noch ausführlich mitgeteilt werden. Patientin hat noch einen anderen Versuch gemacht, diesen speziellen Konflikt zu lösen.

männliche Verfolger auftreten, weder durch die supponierten Rachetendenzen noch durch das Bedürfnis einer Aggressionsneigung nach Befriedigung hinreichend erklärt wird. Es könnten ja ungeachtet dieser Tendenzen auch weiterhin weibliche Verfolger auftreten, ja es müßte, aus der Aggressionsneigung heraus, diese Wahnidee in immer neuen Reihen wiederholt werden. In diesem Sinne ist gerade das einmalige Auftreten dieser Ideen im Wahnverlauf und insbesondere im Momente des Wechsels im Geschlecht der Verfolger beweisend für die andere Genese aus der tiefgehenden Änderung der Libidostruktur.

Die Weltuntergangsphantasie der Psychosen entspricht den Entfremdungsgefühlen, die bei Neurotischen oft zu beobachten sind. Nunberg hat gezeigt, daß die Depersonalisationszustände im Zusammenhang stehen mit objektlibidinösen Veränderungen, speziell mit der Ablösung der Objektlibido von den Objekten.[1] Die Entfremdungszustände leiten nach Nunberg jede Neurose ein; sie bleiben solange bestehen, als keine Neubesetzung (z. B. von Phantasien) oder neuerliche Unterbringung der Libido (z. B. in Symptomen) erfolgt, und treten überhaupt nicht auf, wenn diese Neuumstellung rasch genug vor sich geht. Die Entfremdung ist die gefühlsmäßige Form der Bewußtseinsspiegelung der Libidoablösungsvorgänge, die Weltuntergangsphantasie die intellektuelle Verarbeitung derselben. Sie entspricht also einer Libidobindung analog der von Nunberg hervorgehobenen Besetzung von Phantasien oder Bildung von Symptomen. Die hier auf ihre Bedeutung untersuchten Ideen sind demnach zugleich eine rationale Verarbeitung von Depersonalisationszuständen und stellen, libidoökonomisch gesprochen, die intellektuelle Form der Bindung der freigewordenen Libido dar, die dann anderen, infantilen Objekten zugewendet wird. (Es fragt sich, ob nicht der Neubesetzung von Objekten bestimmte Gefühlserlebnisse entsprechen, analog den Erscheinungen bei Objektverlust. Vielleicht darf man annehmen, daß gewisse manische, den ekstatischen nahestehende Zustände bei Psychosen von hier aus eine Erklärung erfahren.)

Nicht immer findet der Libidoabzug diesen scharfen Ausdruck in der Idee des Sterbens. Erinnern wir uns, daß der Selbstmord der Verfolger nach einer Konferenz stattfindet. Wir finden diese Ideen von einer Konferenz oder Sitzung auch in der Form, daß nicht eine Rechtfertigung und Bestrafung stattfinden soll, sondern etwa eine Versöhnung. So wurde eine Patientin eingeliefert (Fall II), weil sie in einem Hause, in dem sie gänzlich unbekannt war, stundenlang herumstand oder aufgeregt hin und her

1) Federn hat dagegen polemisiert. Wir sparen uns die Diskussion dieser Fragen für einen anderen Zusammenhang auf.

ging und sich dadurch auffällig machte. Darum befragt, gab Patientin an, es habe in diesem Hause, wie sie durch die Stimmen wußte, eine Sitzung stattgefunden, deren Resultat sie habe abwarten wollen. Diese Sitzung sei von einem Friedensrichter einberufen worden zu dem Zwecke, eine Versöhnung zwischen ihr und ihren Verfolgern herbeizuführen. Diese Versöhnung sei, wie sie glaube, auch zustande gekommen. Sie würde von den Frauen nicht mehr behelligt werden. Dagegen werde der Friedensrichter, der von der Gemeinde, in der er eine bedeutende Rolle spiele, den Vermittlungsauftrag erhalten habe, sie heiraten; sie habe es seinen und der Frauen Worten entnommen.

Wir sehen hier etwas Ähnliches wie im ersten Fall: es findet hier wie dort eine Konferenz oder eine Sitzung statt. In beiden Fällen ist der Einberufer ein irgendwie besonders ausgezeichneter Mann. Mit der Sitzung hören die weiblichen Verfolger auf, im Wahnsystem eine Rolle zu spielen. Beidemal treten nachher die Männer zu der Kranken in eine Liebesbeziehung. Nur daß die Wahninhalte des zweiten Falles der Realität näher stehen als die des ersten. Dies zeigt sich auch in dem Gedanken der Versöhnung, der hier dasselbe zum Ausdruck bringt wie im ersten Fall das Sterben. Nach der Versöhnung sehen wir eine Wandlung des Wahnes in der Person und im Inhalt vollzogen. Die Versöhnungsphantasie ist der mildere Ausdruck des Libidoabzuges, des „Welt-" oder Objektunterganges.

Die Wendung im Verlaufe des Wahnes muß nicht immer so einfach vor sich gehen. Der Übergang von der homo- zur heterosexuellen Einstellung muß nicht immer gelingen oder kann sich in Form länger dauernder Kämpfe abspielen (vgl. Freud), die dann im Ablauf der Psychose einen breiten Raum einnehmen und von verschiedenem Erfolg begleitet sind. Dies wenigstens zwingt uns der Verlauf der folgenden Psychose anzunehmen.

Fall III. Die Patientin Frieda W. kommt am 27. September 1927 zur Beobachtung. Sie ist 30 Jahre alt, ledig, virgo. Erste Erkrankung vor drei Jahren, mit dem Hauptinhalt, sie werde von Männern verfolgt, die sie im Auftrag der Eltern, bzw. ihres Vaters, vergewaltigen sollen. Die gegenwärtige Erkrankung beginnt ebenfalls mit paranoiden Ideen sexueller Natur: Patientin wird von ihrer Hausfrau, bei der sie wohnte, hypnotisiert und in der Nacht geschlechtlich mißbraucht. Vorwiegend wird eine sadistische Beziehung phantasiert. Diese Einstellung hält in verschiedener Form fast durch die ganze Zeit der Beobachtung an. Im Anfang ist jedoch der Versuch einer Objektumstellung deutlich zu beobachten. Der Chef des Bruders tritt als Helfer auf, er will sie von ihrer Hausfrau befreien, man spricht davon, daß die Hausfrau verhaftet und hingerichtet worden ist usw. Es scheint, daß der Kampf um die Objektwandlung lange gewährt hat,

die Patientin schwankte durch lange Zeit, was mit der Hausfrau geschehen sei. Vorübergehend trat die Idee auf, der Chef des Bruders werde sie nach der Befreiung heiraten. Also auch hier ein Mann von besonderer Stellung (diesmal der aus der Realität gegriffene Chef), der ihre Befreiung von den weiblichen Verfolgern ins Werk setzt, um sie dann zu heiraten. — Diese Idee sollte jedoch nur eine kurze Episode bleiben. Die homosexuelle sadomasochistische Einstellung behielt die Oberhand. Der Chef verschwand bald gänzlich aus dem Wahninhalt. Charakteristisch war nun die Weiterentwicklung der Wahnideen, die die Hausfrau betrafen. Sie, die schon hingerichtet war, sprach nun als Leiche aus dem Grabe weiter. „Sie ist zwar eine Leiche, aber sie lebt und spricht." Patientin behauptete, sie sei als Leiche sogar schon bei ihr gewesen. Alle Frauen (sc. Mitpatientinnen) erschienen ihr nun als Leichen, die aber doch wieder lebten. Sie seien alle im Dienste jener, behauptete sie, leisteten ihr Folge usw.

Wir sehen hier ebenfalls den Versuch, durch Identifizierung eine Beziehung zum regressiv gewonnenen heterosexuellen Objekt zu finden. Wir sehen die in diesem Sinne vor sich gehende psychische Arbeit in bestimmten Wahnideen ihren Ausdruck finden. Die rationale Verarbeitung in der Idee des Hingerichtetseins wird jedoch bei Mißlingen des Objektwechsels festgehalten und nur durch die Idee korrigiert, sie lebe als Leiche weiter und rede als solche. Wir sehen die einmal aufgetretene Wahnidee persistieren, sehen aber zugleich eine Abänderung derselben im Sinne einer Anpassung an die neue Situation. Solche aus den früheren Phasen des Psychoseverlaufes mitgezogenen Wahnideen können das Bild verwirren, wenn die Anpassung nicht oder nicht deutlich genug erfolgt ist. Andererseits kann es auch zu Verschmelzungen von Wahnideen aus verschiedenen Phasen kommen, wofür reichlich Beispiele beigebracht werden könnten.

Das Gegenstück zu den bisher behandelten Ideen bilden jene von der Auferstehung Toter, bzw. der Verleugnung des wirklichen und den Patienten schon vor der Erkrankung zur Kenntnis gebrachten Todes bestimmter Personen. In unserem ersten Fall ist es der Bruder der Patientin, dessen Tod verleugnet wird. Er war vor Jahren in einer amerikanischen Irrenanstalt, von religiösem Wahn befallen, gestorben. Patientin produzierte nun die Idee, daß er lebe, daß er niemals gestorben sei. Die Schwester habe aus bestimmten Motiven absichtlich die Nachricht von seinem Tod verbreitet, er sei aber jetzt aufgetaucht, um sie zu retten, er habe deshalb die Quäker nach Wien gebracht usw.

Wir sehen auch diese Idee in einem Moment auftreten, in dem sich der Objektwechsel vollzieht. Es ist das neu auftauchende Objekt, von dem dies behauptet wird: der Bruder ist aus der Reihe der männlichen Objekte,

auf die sich die Patientin umstellt. Der Hausherr, dem ursprünglich diese Rolle zufiel, dürfte kaum das eigentliche Objekt der Kranken gewesen sein, der Bruder ist wohl eines der infantilen Objekte der Patientin. Wir dürfen im Wiederbeleben, bzw. im Ableugnen des Todes des Bruders mehr sehen als eine Wunschphantasie; es handelt sich hier wohl um den Ausdruck der Wiederbesetzung eines infantilen Objektes oder einer regressiven Verstärkung einer alten Besetzung.

Das Wiederbeleben der Toten ist bis zu einem gewissen Grade gleichzusetzen dem oft beobachteten Zwange der Kranken, an die Kindheit zu denken und alle Erinnerungen wieder zu beleben, dem so viele Psychotiker besonders im Anfangsstadium unterliegen. Auch darin können wir den Ausdruck der Regression und die Wiederbelebung infantiler Objektbeziehungen, bzw. Libidopositionen sehen. Es sind die alten Objektrepräsentanzen, die eine neue oder verstärkte Besetzung erfahren; sekundär erfolgt dann oft der Anschluß an ein wirkliches Objekt der Außenwelt. Die Toten waren nur scheintot und leben, besagt in dieser Form, daß die Besetzungen der infantilen Objekte im Unbewußten immer erhalten blieben und jetzt eine Neubelebung und Verstärkung erfahren. Nichts Psychisches geht verloren: die *ubw* Objektrepräsentanzen bleiben unverändert erhalten, unabhängig von der Zeit (Freud), nur ihre Aktivität, ihre Aktualität, ihre determinierende Potenz sind Veränderungen unterworfen.

Eine Erklärung für die Bildung der beschriebenen Ideen können wir nur dann finden, wenn wir nach dem Vorbild Jungs und Freuds die Traumarbeit heranziehen. Die Psychose ist mehr als bildlich ein Hereinragen des Traumes in das wache Denken. Wir können die Psychose nur dann verstehen, wenn wir die Mechanismen des Traumes auf sie anwenden (Jung). Die Verknüpfung tiefster und oberflächlichster Schichten zu einem Traumvorgang findet auch bei der Bildung von Wahnideen statt. Wie der infantile Wunsch sich der Tagesreste bedient, um sich zum Ausdruck zu bringen, so verbindet sich in unserem Fall die „Bewußtheit" vom Libidoabzug mit den aus einer anderen Schichte stammenden Todeswünschen gegen die Schwester zum Ausdruck jenes und zur psychischen Realisierung dieses.[1] Der Tod ist dann die Befriedigung der Rache und

1) Es bleibt die Frage offen, welche Schichten hiebei herangezogen werden und warum. In einem Fall sehen wir die Verarbeitung in einer sehr realitätsnahen oder gar durchaus realitätsgerechten Schicht erfolgen, im anderen Fall stammen die Ideen aus Schichten, denen nur noch psychische Realität zukommt. Der Kraepelinsche Paranoiabegriff versucht jene Fälle zusammenzufassen, die den Ausdruck für die Libidovorgänge „realitätsgerecht" gestalten, d. h. so, daß es in der Realität noch immer möglich wäre. — Im Fall III ist die Wahnidee vom Chef als Retter durchaus realitätsgerecht, also möglich, die von der lebenden Leiche hat nur

der Aggression, also einer negativ-libidinösen Einstellung zum Objekt; aber in der Tiefe bedeutet er das gleiche wie die Redensart: Du bist für mich gestorben, d. h. kein Zielpunkt mehr irgendwie gearteter Gefühle, weder für Liebe noch für Haß. Vielleicht ist der sprachliche Ausdruck in seiner doppelten Bedeutung das Bindeglied zwischen Rachetendenz und Libidoabzug gewesen. Der Todeswunsch selbst ist ja nichts Einfaches. Das Sterben, der Tod sind nach den übereinstimmenden Angaben der Autoren für das Unbewußte nur gleichbedeutend mit Kastration, allgemein gesagt, mit Verlust. Der Abzug der Libido ist der vollständige Verlust des Objekts, auch desjenigen für den Narzißmus (Freud), ist der absolute Tod.

Von hier aus mag es erlaubt sein, eine Vermutung auszusprechen über die Bedeutung des Sterbens und Wiederbelebtseins geliebter oder gehaßter Objekte im Traum. Wir dürfen annehmen, daß es in den Träumen ebenso wie in den Psychosen sich nicht immer nur um Wunscherfüllungen, sei es aus Liebe, Schuldgefühl, Haß u. a., handelt. Vielleicht wird die direkte Beobachtung ergeben, daß ein Traum, der uns längst Gestorbene als lebend vormalt, eine aus welchen Gründen immer erfolgende, vorübergehende oder dauernde Wiederbesetzung eines alten Objekts bedeutet. Und vielleicht stellt der Traum, der Lebende gestorben sein läßt, manchmal auch dar, daß sie uns libidinös nichts mehr zu sein vermögen.[1]

Literatur:

Freud: Psa. Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. (Ges. Schriften, Bd. VIII.)
Mitteilung eines der psa. Theorie widersprechenden Falles von Paranoia. (Ges. Schriften, Bd. VIII.)
Zur Einführung des Narzißmus. (Ges. Schriften, Bd. VI.)
Jung: Psychologie der Dementia praecox. Halle 1907.
Kehrer: Erotische Wahnbildungen sexuell unbefriedigter weiblicher Wesen. Archiv f. Psychiatr. 65, 1922.
Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn. Springer, Berlin 1918.
Nunberg: Über Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie. Int. Zschr. f. PsA. X, 1924, S. 17.
Schilder: Psychologie der Schizophrenie vom psa. Standpunkt. Z. f. d. ges. N. u. P., Bd. 112, H. 1 bis 2.

psychische Realität, ist faktisch unmöglich. Fall II bewegt sich in durchaus realitätsgerechten Bahnen, Fall I nur im Anfang. Die späteren Schichten, die angesprochen werden, sind von der Wirklichkeit weit entfernt. Wir wollen in einem anderen Zusammenhang auf diese Fragen noch zurückkommen.

1) Es ist zu vermuten, daß solche Träume gerade im Verlaufe einer psa. Behandlung im Zusammenhang mit Heilungsvorgängen von Bedeutung sein können.

KASUISTISCHE BEITRÄGE

Äußerungen des Ödipuskomplexes bei Schizophrenie

Von

I. M. Kogan

Odessa

(Übertragung aus dem russischen Manuskript von F. Lowtzky)

Der Gegensatz zwischen Psychoanalyse und klinischer Psychiatrie, den Stärcke charakterisiert hat,[1] ist bekannt.

Die klinische Psychiatrie hat, im Grunde genommen, nichts anderes getan als Tatsachen beschrieben; sie betrachtet geradezu jeden Versuch der Symptomdeutung als einen großen Fehler. Diese Art der Betrachtung hat einen sehr klaren Ausdruck in den folgenden Bemerkungen des Moskauer Psychiaters Bernstein gefunden: „Der Arzt hat sich bei Beobachtung einer Krankheitserscheinung jedes subjektiven Urteils zu enthalten, er hat nicht nur keine eigenen Erklärungen zu geben, sondern hat auch diejenigen des Kranken nicht zu beachten. Durch das objektive Konstatieren der bloßen Tatsachen stehen wir über dem individuellen Inhalt der kranken Psyche und sind imstande, in der Tiefe des konkreten Bildes den formalen Grundakt zu sehen."[2]

Erst in den letzten Jahren zeigen die neuen Richtungen, das strukturelle Studium der Psychose (Birnbaum) sowie die phänomenologisch orientierte Psychiatrie („Psychopathologie" Jaspers), die einige Berührungspunkte mit der Psychoanalyse haben, ein Interesse für die Erlebnisse des Kranken und für ihren Zusammenhang mit der Krankheit. Aber für die Psychoanalyse und ihre dynamische Auffassung des psychischen Geschehens hat das vertiefte Studium der Psychose noch einen anderen Vorteil. Infolge der psychotischen Defekte der psychischen Zensur und der Verdrängung kann man oft bei der Psychose die typischen Komplexe, die man bei Neurotikern (und bei Normalen) nur nach eingehender und mühseliger Analyse aufzudecken imstande ist, in unmaskierter Form beobachten. Wenn die unbewußten Inhalte auch in symbolisch entstellter Form auftreten, so sind diese Symbole doch leicht zu

1) August Stärcke, „Psychoanalyse und Psychiatrie", Internat. Psychoanalytischer Verlag, 1921, S. 6.

2) Bernstein, „Klinische Vorlesungen über psychische Krankheiten", Moskau, 1912, S. 10.

entziffern, auch bringen die Kranken oft denselben Inhalt einmal in symbolischer, dann wieder in ganz unmaskierter Form vor. „Was sich im Leben der Gesunden und der Neurotiker nur durch Andeutungen verrät, die nur das Mikroskop der Psychoanalyse in ihrem wirklichen Wert zu erkennen vermag, liegt bei den Geisteskranken in karikaturhafter Vergrößerung für jedes Auge sichtbar."[1]

Die Absicht dieser Arbeit ist, zu zeigen, wie sich der Ödipuskomplex, dieser „Kernkomplex der Neurosen", in einigen Fällen von Psychose äußert.

Zunächst war keine andere Behauptung der psychoanalytischen Lehre so angegriffen worden wie die von der Bedeutung des Ödipuskomplexes. Und erst als die Zeit der scharfen Ablehnung und der absoluten Ignorierung der psychoanalytischen Erfahrungen vorüber war, begannen die Psychiater auf Grund des klinischen Materials diese Behauptungen nachzuprüfen.

Kronfeld,[2] der früher die Psychoanalyse durch eine scharfe Kritik zu vernichten suchte, behauptet jetzt in seiner Schrift „Die neuen Prinzipien der Psychotherapie", daß „der Ödipuskomplex zweifellos existiert", und daß ein gewissenhafter Forscher ihn bei jedem Menschen aufzudecken vermag, daß aber die geniale Konzeption Freuds durch Aberglauben seiner Schüler entstellt sei. Schilder[3] führt vier Fälle von Schizophrenie an, deren Inhalt durch den Ödipuskomplex determiert war. Auch bei Kretschmer[4] finden wir Hinweise auf den Ödipuskomplex: „Zunächst finden wir bei manchen später Schizophrenen, daß ihnen infantile Gefühlseinstellungen noch abnorm lange, bis tief in der Pubertät hinein und später anhaften, die dann die Entwicklung des Sexualtriebs eigentümlich verbilden, mitfärben oder hintanhalten. Da ist vor allem eine überstarke gefühlsmäßige Fixierung an die Mutter (seltener wohl auch an den Vater)."

Nach diesen Voraussetzungen gehe ich zur Darstellung des Tatsachenmaterials über.

Fall 1: Der Patient Alexei A., ohne Beruf, 20 Jahre alt, kam am 3. März 1925 in die psychiatrische Anstalt Starostina in Odessa. Die Anamnese (von der Mutter mitgeteilt) zeigt keine Abweichung von der normalen Entwicklung. Der Vater ist vor sechs Jahren an Flecktyphus gestorben. Vor seiner Internierung in der Anstalt lebte der Kranke in seiner Familie, die aus der Mutter, einem um zwei Jahre jüngeren Bruder und der Großmutter mütterlicherseits bestand. Mit fünf Jahren, so berichtet die Mutter, machte der Patient eine Erkrankung mit, die neurotischen Charakter trug; er unterhielt sich mit seinen Bildern, seinen Nägeln, machte sein Spielzeug entzwei, litt an Schlaflosigkeit. Dieser Zustand dauerte ungefähr einen Monat. Von da an wurde er ein von der Mutter verwöhntes, selbstsüchtiges, verzogenes Kind, gehässig gegen seinen jüngeren Bruder, den er immer schlug und dem er sein Spielzeug wegnahm. In seiner Kinder- und Jugendzeit trennte er sich ungern von seiner Mutter, ließ sie nicht vom Hause weggehen, verlangte, daß sie immer bei ihm bliebe. Er hatte es ungern, wenn Besuch ins Haus kam, führte mit den Besuchern unangebrachte Gespräche, suchte sie herab-

1) Stärcke, a. a. O., S. 10.
2) Kronfeld, „Die psychologische Mechanik".
3) Schilder, „Seele und Leben", Jul. Springer, 1923.
4) Ernst Kretschmer, „Körperbau und Charakter", J. Springer, 1921, S. 75.

zusetzen. Nach ihrem Weggehen schimpfte er die Mutter, verlangte von ihr, daß kein Besuch mehr ins Haus komme. Sein Verhalten zu seinen Kameraden war unbeständig, bald war er zärtlich zu ihnen, bald behandelte er sie wieder von oben herab. Seinen Vater liebte er nicht, so wie auch sein Vater ihn wegen seiner Launen nicht leiden konnte. Zum Vater hatte er nach Aussage der Mutter fast immer eine feindliche Einstellung. Nach dem Tode des Vaters vergaß er ihn und erinnerte sich seiner niemals. Ein Jahr nach dem Tode des Vaters wollte sich die Mutter wieder verheiraten; der Patient sträubte sich energisch dagegen und verhielt sich dem Bewerber der Mutter gegenüber feindselig. Er hatte kein Schamgefühl in Bezug auf die Mutter, ging in ihrer Anwesenheit ganz nackt herum. Seine Angewohnheiten waren infantil, die Mutter wusch ihm die Haare u. dgl. m. Der Kranke versuchte mit der Mutter aufrichtige Gespräche über intime Fragen zu führen, erzählte ihr von seinen Halluzinationen, die Mutter hatte aber das Gefühl, er sage ihr nicht alles („er spreche nicht zu Ende"). In der Schule lernte er gut; er absolvierte vier Klassen des Realgymnasiums und war dann zwei Jahre auf dem Konservatorium.

Die gegenwärtige Krankheit setzte zwei Wochen vor seiner Aufnahme in die Anstalt ein. Er verbrachte eine schlaflose Nacht, kochte sich fortwährend Tee, trank ihn und duschte sich mit kaltem Wasser. Die Mutter riet ihm, einen Arzt aufzusuchen, der Patient lehnte diesen Rat ab. Am Abend desselben Tages ging er mit seiner Mutter ins Theater. Als der Vorhang aufging, verlangte er plötzlich von der Mutter, daß sie mit ihm nach Hause gehe. Während der ganzen Nacht war er unruhig, warf sich im Bett hin und her, am Morgen ging er zum Arzt, von dem er elektrisiert wurde. Nach dem Elektrisieren verschlimmerte sich sein Zustand. Zwei Tage darauf fühlte die Mutter plötzlich nachts im Bett, daß jemand sie betaste und zu entblößen suche. Ganz entsetzt begann sie zu schreien und hörte, wie sich jemand in das benachbarte Zimmer entfernte. Sie machte Licht. Der Kranke lag schweigend in seinem Bett und antwortete nicht. Am Morgen leugnete er energisch seinen nächtlichen Besuch. Er bat die Mutter um Geld. Diese Bitte war ungewöhnlich, denn er bekam sonst nie Geld von der Mutter. Sie gab ihm eineinhalb Rubel, in der Meinung, daß er dieses Geld zur Befriedigung seiner Sexualtriebe brauche, und daß dadurch eine Besserung seines psychischen Zustandes herbeigeführt werden könnte. Der Kranke ging weg, kam aber erst nach vier Tagen zurück. Sein Hut und seine Taschen waren mit Zigarettenstummeln vollgestopft. Die objektive Untersuchung ergab asthenischen Typus, Anisokorie (die rechte Pupille größer als die linke), Reaktion normal, Schleimhautreflexe nicht vorhanden, Sehnenreflexe gesteigert, Kremasterreflexe fehlen, mäßig ausgesprochene Dermographie, muskuläre Empfindlichkeit gesteigert, bemerkbares Zittern der geschlossenen Augenlider und der ausgestreckten Zunge. Sonst kein pathologischer Befund.

Die Untersuchung seines psychischen Zustandes ergab folgendes: Bei klarem Bewußtsein schlechte Zeit- und Raumorientierung, schwache Reaktion auf die Außenwelt, vorherrschend depressive Stimmung. Keine Wahnideen, keine Halluzinationen. Keine Sprechinitiative. Spricht nicht aus eigenem Antrieb, antwortet nun ungern auf gestellte Fragen.

Auf die wiederholte Aufforderung des Arztes, ihm seine Erlebnisse mitzuteilen, erzählt der Patient folgendes:

Er verliebte sich in ein ihm wenig bekanntes, der Mutter ähnliches blondes Mädchen. (Nach den Aussagen der Mutter und der Großmutter war diese Ähnlichkeit tatsächlich vorhanden.) Er empfand ihr gegenüber (vermutlich wegen der unbewußten Gleichsetzung mit der Mutter) eine unüberwindliche Schüchternheit. Er legte Karten, um zu erfahren, ob sie ihn liebe; in der Nacht träumte er von ihr, wobei er zuweilen onanierte. Als es einmal vorkam, daß die Mutter dieselben Karten benutzte, um eine Patience zu legen, übertrug der Kranke seinen Trieb von dem Mädchen auf die Mutter selbst. (Es handelt sich selbstverständlich hier um eine Regression der Libido, um ein Rückgreifen auf das primäre infantile Liebesobjekt.) Er belauschte nachts die Mutter, sah sie nackt und empfand dabei ein Lustgefühl. Einmal in der Nacht kam er — wie wir schon von der Mutter hörten — zur Mutter und hob ihre Bettdecke hoch. Auf die ängstliche Frage der Mutter „Wer ist hier?" antwortete er nicht und flüchtete in sein Zimmer. Am anderen Morgen von der Mutter befragt, behauptete er, daß er es nicht gewesen wäre. Er nahm von der Mutter eineinhalb Rubel, ging aus dem Haus und blieb vier Tage weg. Er war in ein Bordell gegangen und hatte mit einer Prostituierten verkehrt. Dann glaubte er für seine Sündhaftigkeit Strafe zu verdienen. Tag und Nacht irrte er in der Stadt umher, kniete auf einem Platz vor einem Dom nieder, sammelte die Zigarettenstummel auf. Diese Demütigungen waren bei dem Patienten mit Lustempfindungen verbunden. (Leider lieferte der Patient zu wenig Material, um auch diese Einzelheiten zu verstehen.) — Weitere Aussagen verweigerte er. Auf Fragen antwortete er: „Ich weiß nicht", „ich erinnere mich nicht." Er verlangte seine Entlassung aus der Anstalt. Während der folgenden Tage war er unruhig, lief herum, schrie, zog seine Leibwäsche aus, versteckte sie in der Toilette oder unter seiner Matratze, verweigerte zuweilen die Nahrungaufnahme u. dgl. m. (Wahrscheinlich wollte er mit diesen Handlungen auf magische Weise seine Entlassung aus der Anstalt herbeiführen.) Auch bei den Zusammenkünften mit seiner Mutter forderte er seine Entlassung aus der Anstalt, schlug mit dem Kopf gegen die Tür und die Wand, um ihr Mitleid hervorzurufen. Jeden Tag verlangte er seine Entlassung aus der Anstalt. Die Ärzte behandelte er entweder ungeniert zynisch, betonte seine Unabhängigkeit, oder er verbeugte sich, die Hände auf der Brust flehend gefaltet, tief, demütig und schweigend vor ihnen. Während der Untersuchung am 19. März wurde er unter anderem gefragt, ob er onaniere. Darauf antwortete er: „Ja", und sich plötzlich besinnend: „d. h. nein." Nach diesem Vorfall war er während der folgenden fünf Tage ambivalent eingestellt, alle Fragen beantwortete er zu gleicher Zeit positiv und negativ.

‚Guten Tag' — „Guten Tag — nicht guten Tag" — — — ‚Warum zittern Sie?' — „Zittere — nicht zittere" — — — ‚Wollen Sie nach Hause gehen?' — „Will und will nicht" — — — ‚Soll man Sie aus der Anstalt entlassen?' — „Entlassen — nicht entlassen" — — — ‚Ist es Ihnen gleichgültig?' — „Gleichgültig — nicht gleichgültig" — usw.

Am 22. März geriet der Kranke in große Aufregung, schrie, daß er in der Anstalt zugrunde gehe, fragte, warum man ihn dort behielte usw. Den ganzen folgenden Tag lief er im Korridor umher, gebückt, die Hände betend zusammengefaltet, unzählige Male das Wort „Doktor" wiederholend. Vom

24. bis 27. März aufgeregt, hyperkinetisch, gesprächig, verwirrt. Am Ende desselben Monats beruhigte er sich. Anfang April wurde er auf Veranlassung der Mutter und auf ihre Verantwortung gegen den Rat des Arztes aus der Anstalt entlassen.

Die Katamnese ergab: Am 24. Oktober mißglückter Selbstmordversuch (durch Durchschneiden der Adern), am 26. Oktober 1925 Selbstmord durch Erhängen.

Fall 2:

Heenox M., 27 Jahre, Tischler. Eintritt in die psychiatrische Anstalt Starostino in Odessa am 16. August 1925. Die Familie gesund, der Vater verschollen. Er ging zur Zeit der Hungersnot aus dem Hause, um Mehl zu holen, und kam vermutlich unterwegs um. Dieses tragische Ereignis betrübte nach den Aussagen der Mutter den Kranken gar nicht. Von den zehn Geschwistern starben sieben an verschiedenen Krankheiten (Scharlach, Pneumonie, Gehirnentzündung). Im Alter von sechs Jahren bekam der Kranke mit einer Eisenstange einen Schlag auf den Kopf, wobei die Schädeldecke beschädigt wurde. Drei Monate war er krank. Keine psychischen Störungen außer leichtem Stottern. Der Kranke entwickelte sich normal, in der Schule lernte er gut, das Lernen fiel ihm leicht. Keine organischen Erkrankungen. Nach den Aussagen des Patienten kein Alkoholismus, keine Geschlechtskrankheiten, kein Geschlechtsverkehr, häufige Onanie.

Der Patient ist seit drei Jahren krank. Nach dem Verschwinden des Vaters wurde der Kranke nachdenklich, zuweilen lachte er unmotiviert und sagte plötzlich: „Was ist denn dabei, wenn nur heiraten?“ Manchmal geriet er in Erregung und improvisierte klagende Lieder: Sein Vater wäre in Stücke zerrissen, die Teile lägen auf der ganzen Erde zerstreut, er selbst hätte ein ähnliches Schicksal, er werde sich ewig quälen u. dgl. m. Eine Woche vor seinem Eintritt in die Anstalt fing er plötzlich an, seine Mutter zu beschuldigen, sie hätte ihre Tochter zu einer Prostituierten gemacht und sie mit einem Räuber verheiratet, mit dem Großvater (mütterlicherseits) zusammen hätte sie zehn Menschen ermordet, seine jüngere Schwester hätte durch ihre Schuld Syphilis u. dgl. m.

Die Untersuchung des Kranken ergab: Die Ohrmuscheln unregelmäßig, der Gaumen hoch und eng, die Pupillen rund und regelmäßig, die Lichtreaktion lebhaft, die Sehnenreflexe verstärkt, keine Schleimhautreflexe, auf der Brust idiomuskuläre Muskelkontraktionen.

Die erste Exploration ergab folgende Mitteilungen des Patienten:

„Ich werde Ihnen die Wahrheit erzählen. Meine Mutter hat die Syphilis. Mein Vater konnte es nicht ertragen und ging weg. („Wohin?“) Das ist unbekannt. Sie wollte mich betrügen und in eine Anstalt bringen, doch habe ich sie betrogen. Sie ist ein geräucherter Fisch. Obwohl es mir hier besser geht, weil ich nicht dieselbe Luft wie meine Mutter atmen muß, — es ist mir viel wohler ums Herz, — ist mein Herz doch krank und fast zerrissen und kann so einen Menschen nicht sehen. („War Ihr Vater gesund?“) Er war gesund, aber Analphabet, sie hat ihn verwirrt, er hat ein schlechtes Leben gehabt. („Wer hat Ihre Mutter angesteckt?“) Ich will und kann Ihnen nicht sagen, wer sie angesteckt hat, ich weiß es nicht. Ich sehe es ihr an, daß sie schon Eiter hat, ich sehe es an ihrem Gesicht und an ihren Händen.

Sie hat mein kleines Schwesterchen angesteckt. Es ist ein Verbrechen, daß sie mit dem Mädchen zusammen ist. Sie glaubte, daß sie mich in ein Irrenhaus gebracht hat. Es ist die Unwissenheit und die Ignoranz. („Wie hat sie Ihre Schwester angesteckt?") Das weiß ich nicht und kann es Ihnen nicht sagen. Die Ansteckung bei meiner Schwester ist nicht sehr stark. Das venerische Kleine ist bei ihr in der Mitte. Die Blutadern sind angegriffen, sie ist geschlechtskrank, meine Mutter aber hat wirklich die Syphilis, den Eiter, und sie schläft mit ihrem Kinde und hat kein Mitleid mit ihm. („Hat Ihre Mutter Sie angesteckt?") Sie konnte mich nicht anstecken, tausend Teufel können mir nichts antun, ich sehe alles, ich sehe es ihr an. Sehen Sie sie an, so werden Sie wissen, woher ich weiß. Wie weiß man, daß ein Stuhl zerbrochen ist? Ihr sieht man es an dem Gesicht, an den Händen und Beinen an. Sie hat nicht den Körperbau einer gesunden Frau. („Haben Sie ihren Körperbau gesehen?") Als sie sich auszog, betrachtete ich ihre Hände und Beine. Sonst schau ich die Frauen, wenn sie sich ausziehen, nicht an. Ihre Blutadern sind durch die Fäulnis der Syphilis so infiziert, daß es möglich ist, die Sehnen des Organismus an der Stelle zu sehen, wo das Blut mit dem Saft sich vereinigt. Der Eiter vermehrt sich bei ihr in der Mitte von allen vier Seiten, sie hat die Umfassung der Syphilis in ihrem Körper. („Ist die Syphilis ansteckend?") Zweifellos. Wozu fragen Sie mich solche Selbstverständlichkeiten? Die Syphilis ist die ansteckendste Krankheit. („Wie hat sie Sie angesteckt?") Ich wohnte mit ihr in einer Wohnung, sogar in einem Zimmer, aber man muß die Sauberkeit einhalten, wenn man die Regeln einhält, das, was nötig . . . Die Syphilis ist die stärkste Krankheit. („Welche Regeln haben Sie befolgt?") Die Reinlichkeit überhaupt, aus einem Glase nicht trinken. Das Glas habe ich einigemal gewaschen, habe selbst den Teller und den Löffel gewaschen, ich saß nicht in ihrer Nähe, überhaupt habe ich überall die Reinlichkeit eingehalten. Sie war deswegen sehr böse auf mich: „Du bist überhaupt ein Irrsinniger!" sagte sie. Ich habe gehört, daß sie dem Arzt sagte, ich hätte sie geschlagen. Ich bin 27 Jahre, doch habe ich nie gewagt, gegen sie die Hand zu heben, obwohl sie eine Dirne ist. Falls sie kommt, sagen Sie ihr, daß ich ein Tobsüchtiger bin, sie soll zu mir nicht kommen. Ich will sie nicht sehen, das Herz tut mir weh. („Lieben Sie Ihre Schwester?") Ich achte sie nicht sehr, sie folgt mir nicht, die Mutter folgt mir auch nicht. Sie hätte verstehen sollen, daß der Bruder es mit ihnen gut meint, sie folgte aber der Mutter, sie sagte, daß ich ein Irrsinniger, ein Idiot bin. „Du bist verrückt." Oft stand die Mutter auf und schlug mich auf den Kopf, sie ist so tobsüchtig. Sie stand auf, nahm ein Stück Holz und schrie: „Ein Idiot, ein Irrsinniger!", sie schrie so laut, daß man es auf der Straße hörte. Ein Mensch, der lügt, der heuchelt, ist viel schlimmer als ein Tier, wie meine Mutter zum Beispiel. Ich bin überhaupt sehr aufgeregt und spreche ihnen zu ungebildet."

19. April: „Mein Vater konnte es nicht mehr ertragen, weil sie zu brüllen anfing, weil sie so tobsüchtig war, darum ging er fort. Sie ist religiös und betet: „Mein Gott, mein Gott", und ich lache, glaube ihr nicht und sage, daß es eine Heuchelei, eine Lüge ist. Ich glaube an meine Arbeit, an meine Wissenschaft." („Erzählen Sie mir von Ihrem Vater.") „Von meinem Vater? Er war unglücklich mit meiner Mutter. Berühren Sie diese Stelle meines

Herzens nicht . . . Sie stellt sich fromm an." („Erzählen Sie von dem Vater.") „Von dem Vater? Ich werde Ihnen überhaupt erzählen, wie sie zusammen lebten. Sie zankten sich, sie schimpfte ihn aus. Er war ehrlich, edel, wenn auch ungebildet, sie stellte sich fromm. Das ist alles. Es ist unmöglich, alles ausführlich zu erzählen. Es ist eine wunde Stelle meines Herzens. Es ist die Fläche eines Punktes. Sie verkuppelte meine Schwester, auf diese Weise gewann sie Geld und kaufte mir Nahrung, ich will aber nicht. Ich sagte, in dieser Nahrung sind Tränen. Ich sagte: „Mutter, was machst du?" So bin ich ein Irrsinniger. Seit zwanzig Jahren lebe ich im Hause, alle lieben mich, sind zärtlich zu mir, wenn ich ausgehe. So bin ich ein Irrsinniger. Die schmutzige, niederträchtige Frau weiß, daß sie recht hat." („Erzählen Sie von Ihrem Vater.") „Ich werde Ihnen erzählen. Man brachte ihn nach Odessa, er war 19 Jahre alt, mein Vater ist edel, seelenrein, er ist unbefleckt. Ich werde Ihnen alles erzählen, er war eine Waise. Er hatte eine ältere Schwester, man hatte sie Chaika genannt. Er hatte eine Tante, die viele Häuser in Pacht hatte. Obwohl sie bemittelt war, bekam er keine Bildung, sie gab ihn zu einem Tischler in die Lehre. Er konnte nur jüdisch beten und nur in die Synagoge gehen. Er war ein Tischlerlehrling, quälte sich, schlief auf Holzspänen. Zwei Holzspansäcke, mit Holzspänen gefüllt, dienten ihm als Schlaflager. Bis zu seinem zwanzigsten Lebensjahre war er in der Lehre, dann wurde er Handwerksgeselle. Die Mutter erzählte, als der Vater sie heiratete, war er mager wie die Schwindsucht, folglich onanierte er. Er hatte Angst vor dem Feuer und war überhaupt ehrlich, edel, still. Als er sie heiratete, war er 24 Jahre alt. Sie hat ihn selbstverständlich betrogen. Sie war längst keine Jungfrau mehr. So heiratete er sie und so lebten sie. Sie schimpfte ihn Dummkopf. Sie hat ihn betrogen, er war bereits der zehnte oder der fünfzehnte. Sie hatte damals noch keine Syphilis. Sie hatte wahrscheinlich eine Geschlechtskrankheit. Im allgemeinen ist nur der Vater edel. Mein Herz drückt es, Ihnen zu sagen, sie hat ihn wahnsinnig gemacht. Sie lebten 27 Jahre zusammen. Er sagte ihr in der Zeit der schrecklichen Hungersnot, als er im Sterben lag, daß sie eine Dirne ist. Mit allen Handwerksgesellen wurde sie ihm untreu. Und er vertraute seiner Frau, er glaubte, daß sie ihm treu sei. Er war ein fleißiger Arbeiter. In seiner Werkstatt arbeitete er Tag und Nacht, er hatte immer einen zerrissenen Anzug an. Sogar mein Großvater (mütterlicherseits) war ehrlich. Er hatte einen Cheder (Schule), wo kleine Kinder unterrichtet wurden. Er stammte im übrigen von einem edlen Geschlecht, von vollkommenen Eltern." („Wo ist Ihr Vater?") „Ich weiß nicht einmal, wo er ist. Vielleicht lebt er, vielleicht ist er gestorben. Sie führte ihn auf den Bahnhof, um wahrscheinlich mit dem Sohne geschlechtlich zu verkehren. Wenn sie mich sieht, nagt sie an ihren Nägeln. Sie will mich angreifen, weil ich sie nicht küsse, weil ich neben ihr nicht sitze, weil ich sie nicht liebe. Ich habe diese Entdeckung unter dem Vorwande der falschen Onanie gemacht. Was bedeutet denn „falsch"? Sie schläft in dem Bett neben einer Wand, ich neben der anderen, fast gegenüber, aber auf Stühlen. Was habe ich da gemacht? Ich wußte, daß sie in der Nacht nicht schläft, ich zappelte mit den Beinen, dann spuckte ich auf das Kissen und verwischte es, um Flecke zu bilden. Ich wollte bei ihr tierische Instinkte hervorrufen. Warum erlaubte ich es mir? Als der Vater verreiste, bemerkte ich, daß sie wünschte, daß

ich sie küsse, daß ich in ihrer Nähe sitze, ich bemerkte, daß der tierische Instinkt bei ihr erwachte. Früher, als der Vater da war, war sie zufrieden, wenn sie einen Handwerksgesellen hatte, jetzt lenkte sie ihre Aufmerksamkeit auf mich. Sie erzählte mir Gemeinheiten, wie ein Mensch sich verheiratet und der Großvater ihm zeigte, wie . . . wie er es nicht verstand. Erzählt man denn dem Sohne solche Sachen? Jetzt hat sie wohl ihren Liebhaber bei sich zu Hause, früher ging sie immer zu ihm. Ich fing an, falsche Onanie zu treiben, um die tierischen Instinkte der Mutter zu erforschen. Sie sagte noch deutlicher: „Du mußt heiraten, du mußt mit der Mutter geschlechtlich verkehren, brauchst keine Angst zu haben, man wird dich nicht aufessen." Von der Kindheit an habe ich alles verstanden, von der Kindheit an war ich gegen sie argwöhnisch. Man nennt das im allgemeinen die „falsche Onanie". Ich heuchelte Religiosität, es war noch in Anwesenheit des Vaters, es war vor meinem dreiundzwanzigsten Lebensjahr. Nach dem Vater habe ich verstanden, daß sie schmutzig ist, aber nicht alles habe ich verstanden; ich hatte einen großen Verdacht gehabt und deshalb fing ich an, die falsche Onanie zu betreiben. Diese beiden Sachen haben mir meine Mutter enthüllt. Die Religiosität und dieses — nenne ich zusammen die „falsche Onanie". Sie sagte mir: „Du bist ein größerer Dummkopf als der Vater." Früher war ich für die Mutter, ich glaubte, der Vater wäre rücksichtslos, schätzte die Mutter nicht. Ich bin überhaupt immer für die Frauen. Wenn sie entehrt sind, ist der Mann schuldig. Zum Beispiel: Ein Glas Wasser — das Wasser ist die Anatomie der Frau, das Glas ist der Mann. Lassen Sie in ein Glas ein Stückchen Schmutz hinein und stellen Sie das Glas auf das Fenster. Das Wasser wird ein wenig dunkler. So ist auch die Frau. Unter dem Zwange ihres schmutzigen Blutes gibt sie sich dem Manne hin, darum ist die Frau vom medizinischen Standpunkte aus betrachtet nie schuldig."

Am 23. April wurde der Kranke von der Mutter gegen den Rat des Arztes aus der Anstalt geholt. Er sang zuweilen in der Nacht zu Hause improvisierte Liebeslieder. Er liebte ein vierzehnjähriges Mädchen, die Tochter reicher Eltern. Er beobachtete sie von weitem, um zu wissen, wohin sie geht. Stundenlang hobelte er nachdenklich und ohne Zweck und erzählte von dem Mädchen Emma. Er beschuldigte die Mutter der Untreue dem Vater gegenüber, behauptete, daß er das einzig rechtmäßige Kind seiner Mutter sei, die anderen hätte sie von ihren Liebhabern. Als die Mutter weinte, schrie er, daß ihre Tränen keine echten seien, daß sie ihn und den Vater zugrunde gerichtet hätte. Als einmal seine Mutter an einer Pneumonie erkrankte, lachte er sie aus. In Gegenwart des Arztes machte er sich über sie lustig, sagte ihr, daß sie die Krankheit simuliere, wollte sie mit einem Eimer kalten Wasser übergießen, wurde gegen die Mutter und seine elfjährige Schwester aggressiv. Er behauptete, daß er vor neun Jahren seiner Schwester ihre Unschuld geraubt hätte. Er wollte ihre Geschlechtsorgane unbedingt selbst untersuchen, traute diese Untersuchung der Hebamme selbst in seiner Anwesenheit nicht zu.

Am 27. Juli erfolgte die neuerliche Internierung des Kranken in die psychiatrische Anstalt. Der Kranke behauptete wieder, die Mutter wollte mit ihm geschlechtlich verkehren. In einer Woche jedoch klären sich seine mit der Mutter verbundenen Wahnideen auf. Er fühlte sich psychisch gesund,

verlangte hartnäckig seine Entlassung aus der Anstalt. Am 18. April veranlaßte seine Mutter seinen Austritt aus der Anstalt, aber schon am 6. Oktober seine neuerliche Wiederinternierung wegen seines aggressiven Verhaltens gegenüber Schwester und Mutter. Der Patient klagt: „Mein Körper hat sich in den schmutzigen Körper eines Räubers, der die Menschen schneidet, verwandelt, mein Kopf ist wegen der Onanie vollgestopft." Seine ganze Krankheit rühre von dem „Angriffe" her: Er hätte kein Verhältnis mit einer Frau gehabt, „das ist mein ganzes Unglück". Er behauptete, daß sein Gehirn von Tag zu Tag mehr eintrockne. Der Gedanke bedrücke ihn, daß er wie ein Mönch lebe, daß er ein Abtrünniger seines Glaubens sei. Seine Abstinenz sei Sünde. Er ist oft aufgeregt, besonders in der Nacht, er weint laut und schreit. Die Gespräche anderer Patienten bezieht er auf sich, disputiert mit ihnen, zuweilen fällt es ihm schwer zu sprechen, „als wäre sein Kopf umnebelt". Er sagt, daß man unter seinem Namen andere Kranke aus der Anstalt entlasse, und daß man das Gerücht verbreite, er sei gestorben.

Am 24. November trat eine Beruhigung ein. Der Kranke erzählte, daß er deshalb unruhig war, weil Gott mit ihm gesprochen hätte. Er hat ihm die Thronfolgerschaft versprochen, deshalb benahm er sich wie ein Zar. Einmal kam Gott zu ihm und sagte: „Mit meiner rechten Hand wirst du über alle Völkerstämme herrschen." Er sei ein großer Sünder, weil er onaniere und in Abstinenz lebe. Er spricht viel von dem Mädchen Emma, nennt sie seine Braut. Er quält sich, weil er ungerecht gegen sie war, er hätte sie nicht verlassen sollen. Er spricht viel von seiner Liebe zu ihr. Die Feinde hätten sie voneinander getrennt, sie hätten sie verleumdet und Dirne genannt. Unter Einfluß dieser Suggestion habe er sie verlassen. „Jetzt weiß ich, wer auf der Deribassow-Straße war, es war die Wassernymphe, die man als Emma verkleidet hat, um mich zu betrügen." Er erzählte von den Liebesliedern, die er komponiert und der Emma gewidmet hatte. Er hat sich von allen Menschen zurückgezogen und die Lieder im Keller gesungen. Den Text dieser Lieder wollte er seiner Unanständigkeit halber nicht mitteilen.

Am 26. November ist er sehr aufgeregt; er schreit: „Wir sind von irgendeinem Nebel geheimer Stimmen umgeben. Der Mensch befindet sich unter dem Magnet des Nebels. Ich höre Ihre Stimme nicht. Solange die Natur sich nicht gereinigt hat, wird der Mensch nicht leise sprechen können, er muß schreien." („Was sagen die Stimmen des Nebels?") „Alle schreien sie auf jüdisch: „Lerne, lerne." Jedes von ihm gesprochene Wort sage nicht er selbst, sondern der Nebel. „Ich will nicht sprechen, statt meiner spricht die Stimme. Ich schließe den Mund, ich darf nicht sprechen, aber irgendeine Kraft in mir macht mir den Mund auf, zwingt mich, die Worte auszusprechen. Ich höre um mich viele Stimmen. Sie alle sprechen über ein- und dasselbe".

Er erzählt ungern seine Träume: „Alle meine Träume sind Liebesträume. Sie quälen mich, weil ich nie Geschlechtsverkehr hatte. Ich bin ein großer Sünder. Ich onanierte seit meinem siebzehnten Jahre."

Der Ödipuskomplex hat in diesen Fällen außerordentliche Bedeutung. Es ist nicht anzunehmen, daß die libidinöse Einstellung des Kranken durch die pathologischen Prozesse erst verursacht und nur für diese charakteristisch ist. Im Gegenteil: Wir glauben, daß diese Einstellung der Erkrankung voranging

und aus der Kindheit stammt, an die die Patienten fixiert geblieben sind. („Von der Kindheit an habe ich alles verstanden, von der Kindheit an war ich gegen sie [Mutter] argwöhnisch.")

Jede Psychose, meint Schilder,[1] wird durch einen aktuellen Anlaß verursacht. In diesem Falle haben die Abreise des Vaters und die mit dieser Abreise verbundenen Erlebnisse des Patienten die Krankheit ausgelöst. Diese Erlebnisse haben zweifellos den aus der Kindheit stammenden Ödipuskonflikt wieder aktiviert. Mit der sexuellen Bindung an die Mutter konnte sich aber vermutlich das Ichideal nicht einverstanden erklären. Die Steigerung der infantilen Triebe verursacht auch eine Steigerung der Widerstände; ihnen ist schließlich Befriedigung nur möglich in Form einer Kompromißbildung, indem die anstößigen Triebregungen des Kranken auf die Mutter selbst projiziert werden. Es ist jetzt nicht der Kranke, der die Abwesenheit des Vaters ausnützen will, um seine sexuellen Triebe an der Mutter zu befriedigen, es ist die Mutter, „die ihn (den Vater) auf den Bahnhof führte, um vermutlich mit dem Sohne geschlechtlich zu verkehren", es ist die Mutter, die will, daß der Sohn neben ihr sitzt, sie küßt, sie liebt. Um sich gegen die Realisierung seiner Triebwünsche, die er auf die Mutter projiziert, zu schützen, beschuldigt er die Mutter der Prostitution und der venerischen Erkrankung. Gleichzeitig wird die negative Einstellung zum Vater abgeschwächt, seine positive Wertung tritt in den Vordergrund. („Früher war ich für die Mutter, glaubte, der Vater sei gemein. Ich bin überhaupt für die Frauen." Jetzt ist sein Vater „ehrlich, edel, still", „er stammt aus einem edlen Hause, von edlen Eltern.")

Während des Krankheitsprozesses entsteht ein mißglückter Heilungsversuch: Die Übertragung der inzestuösen Wünsche auf die Schwester und von dieser auf das Mädchen Emma. Gleichzeitig erfolgt eine Projektion seiner eigenen Anklagen gegen seine Liebesobjekte (Mutter — später Emma) auf die „Feinde", die ihn von der Emma getrennt, sie verleumdet, sie Dirne genannt haben. „Jetzt weiß ich, wer auf der Deribassow-Straße war. Es war die Wassernymphe, die man als Emma verkleidet hat, um mich zu betrügen."

Endlich kommt hier der verstärkte Narzißmus, der am Anfang der Erkrankung in der Selbstüberhebung seinen Ausdruck fand, zum Vorschein. „Ich lebte zwanzig Jahre zu Hause, alle liebten mich, waren zärtlich zu mir, wenn ich ausging . . . Man nennt mich fast eine Zierde des ganzen Hauses; andere glaubten aus dem Grunde, weil ich religiös bin, ich glaube aber, wegen meiner Arbeit. Ein Tischlersohn soll so edel sein wie ich es bin!" In der zweiten Phase seiner Erkrankung hört er bereits die Stimme Gottes, die ihm mitteilt, daß er ein Herrscher über alle Volksstämme sein wird.

Das hier angeführte Material löst selbstverständlich das ätiologische Problem dieser Fälle nicht. Indessen ist es zweifellos, daß der Ödipuskomplex eine entscheidende Rolle in der Bildung und Struktur ihrer Wahnideen spielt. Es kommen hier die von der Psychoanalyse entdeckten psychischen Mechanismen mit besonderer Klarheit zum Vorschein. Selbst wenn die psychoanalytische Erforschung der Psychosen uns zu keinem therapeutischen Erfolge führen

1) P. Schilder, Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Int. Psychoanalyt. Verlag, 1925.

kann, so verschafft sie uns doch jedenfalls einen tieferen Einblick in das seelische Geschehen. Die rein formale schablonenmäßige Betrachtungsweise der klinischen Psychiatrie führt zu ihrem Unverständnis gegenüber den psychisch Kranken. Diese Lücke muß in erster Linie durch die Psychoanalyse ausgefüllt werden.

Ein Fall von Identifizierung in der Zahnheilkunde

Von

Erich Heinrich

Zahnarzt in Dresden

Die Beziehungen zwischen Psychoanalyse und Zahnheilkunde sind noch ganz ungeklärt. Seit längerer Zeit bemühe ich mich, die Erkenntnisse Freuds auf unser Gebiet anzuwenden.

Im folgenden Falle gibt die psychoanalytische Auffassung die Erklärung eines scheinbaren Versagens zahnärztlicher Kunst auf prothetischem Gebiete.

Der betreffende Patient, ein älterer Regierungsbeamter, ist von der Art, wie wir sie uns bei Patienten wünschen: immer freundlich und liebenswürdig, nicht empfindlich und stets dankbar. Ich mußte ihm vor einiger Zeit alle lockeren Zähne des Oberkiefers entfernen und nach angemessener Frist eine totale Prothese anfertigen. Doch wer beschreibt mein und des Patienten Erstaunen, als das Ersatzstück überhaupt nicht zum Ansaugen zu bringen ist. Selbst der eingebaute Gummisauger, der an jeder Glasplatte festhaftet, versagt vollkommen. Da mir dergleichen Erscheinungen schon aus anderen Fällen bekannt sind, vertröste ich den Patienten mit den üblichen Worten. Es kommt nämlich öfters vor, daß in den Fällen, in denen Patienten zum erstenmal eine ganze Prothese eingesetzt erhalten, erst eine gewisse Gewöhnung des Gaumens an die Platte eintreten muß. Doch der Mann kommt noch zweimal wieder, ohne daß nur eine Spur einer Änderung eingetreten wäre. Da ich ein paar ziemlich tief am Alveolarkamm ansetzende Schleimhautfalten, die zur Wange führen, beschuldige, das Gebiß zum Abfallen zu bringen, fertige ich unter Beachtung aller Vorsichtsmaßregeln ein neues Gebiß an. Doch ist der Mißerfolg der gleiche. Der Patient wird sehr ungeduldig und nervös, beklagt sich, daß er nicht mehr richtig essen könne und ernsthafte Magenbeschwerden bekäme — übrigens genau so wie seine Frau, die wegen eines Magengeschwüres in einer Klinik sei.

Hätte ich nun daran gedacht, daß hier vielleicht ein psychogener Faktor eine gewisse Rolle spielen könnte, so würde ich mir viel Kopfzerbrechen und dem Patienten manchen Ärger erspart haben. So aber blieb mir nichts weiter übrig, als dem Patienten zu verstehen zu geben, daß ich mit meiner Kunst zu Ende sei, und ihm einen Kollegen zu empfehlen, der mir als guter Prothetiker bekannt war.

Der Patient ließ sich nicht mehr sehen. Reichlich fünf Wochen später traf ich ihn zufällig auf der Straße. Er sah gut aus, war wie früher vergnügt und guter Laune und hatte eine dicke Zigarre — zwischen den Zähnen. Was er mir erzählte, war mir anfangs rätselhaft, doch konnte ich bald den

Zusammenhang finden. Er war nicht bei dem von mir empfohlenen Kollegen gewesen, sondern bei einem Zahntechniker, der aber die Umarbeitung des Gebisses mit der Bemerkung ablehnte, daß die Prothese in Ordnung sei und er es auch nicht anders machen könnte. Damit hatte sich der Patient zufrieden gegeben und das Gebiß nur zum „Ausgehen" in den Mund gelegt. Vor vierzehn Tagen hatte er aber gemerkt, daß der Ersatz wirklich zu saugen anfange, und jetzt sei es schon so weit, daß er sehr gut sprechen und auch weichere Sachen damit kauen könne. Er wollte sich deshalb auch in den nächsten Tagen bei mir vorstellen. — Wir plauderten dann noch über andere Dinge; ich erinnerte mich der Krankheit seiner Frau und erkundigte mich nach ihr. „Oh, danke! Meiner Frau geht es a u c h wieder gut, sie kann a u c h wieder essen." Sie war vierzehn Tage vorher als geheilt entlassen worden.

Damit war für mich das Rätsel gelöst. Der Patient hatte sich mit seiner Frau identifiziert und die Symptome ihrer Krankheit „erzwungen". Daraus läßt sich schließen, daß die Saugefähigkeit des Gaumens psychogen geregelt war. Ich kann es nur bedauern, daß ich nicht früher auf die Identifizierung des Patienten mit seiner Frau aufmerksam geworden war. Es ist zu vermuten, daß sich der Ausgang dieser Geschichte sonst anders vollzogen hätte.

REFERATE

Aus den Grenzgebieten

Kammerer, Paul: Geschlecht, Fortpflanzung, Fruchtbarkeit. Eine Biologie der Zeugung (Genebiotik). Drei-Masken-Verlag, München, 1927.

Gerade der Psychoanalytiker kann bei seiner Arbeit eine Sexualbiologie brauchen, die weder Umfang und Detailreichtum eines spezialwissenschaftlichen Werkes, etwa des ausgezeichneten Buches von Meisenheimer, noch in popularisierender Absicht allzu starke Schematisierungen, wenn nicht Verfälschungen der Tatsachen aufweist. Deshalb wird er sich über das vorliegende, von W. Gutmann nach dem Tode des Verfassers herausgegebene Buch freuen. Man muß zwar zugeben, daß an einzelnen Stellen die Durchführung bestimmter, „ordnender" Ideen den realen Komplikationen etwas Gewalt anzutun scheinen, — Kammerer selbst kennt diese seine Gefahr sehr genau: Er sagt, er lasse Einzelheiten weg, „die der Wirklichkeit ihre Übersichtlichkeit rauben, die aber zugleich, nun sie fehlen, der Darstellung einen entsprechenden Teil ihrer Gültigkeit nehmen" (S. 3), — und daß gelegentlich eingestreute soziologische oder gar ethische Bemerkungen von erstaunlicher Naivität sind, da z. B. die Sexualverhältnisse des Menschen so behandelt werden, als ob sie vom biologischen Gesichtspunkt aus voll erfaßbar wären. Trotzdem bleibt das Buch eine sehr angenehme und belehrende Lektüre, die einen immer wieder staunen macht über die sexualphysiologische Mannigfaltigkeit im Tier- und Pflanzenreiche. Man bedauert das allzu frühe Hinscheiden des begabten und ideenreichen Forschers, über dessen Persönlichkeit eine kleine Einleitung, die Gutmann dem Buche vorausschickt, ein anschauliches Bild gibt.

Fenichel (Berlin)

Schaxel, Julius: Das Geschlecht, seine Erscheinungen, seine Bestimmung, sein Wesen bei Tier und Mensch. Urania-Verlags-Gesellschaft, Jena.

Der Zufall spielte Ref. zu gleicher Zeit wie das Kammerersche Buch ein ganz anderes Büchlein über das gleiche Thema in die Hand. Auch hier eine allgemeinverständliche Sexualbiologie, aber in ganz andererer Weise dargestellt. Das Büchlein von Schaxel ist viel kürzer und konziser geschrieben, für den biologisch nicht Vorgebildeten viel schwerer verständlich, aber dafür

unvergleichlich prägnanter als das von Kammerer. Auch der Inhalt deckt sich nicht ganz. Erscheinungen wie Parthenogenese, Pädogenese, Neotenie, Generationswechsel, Biologie der Fertilität, die bei Kammerer behandelt werden, sind hier weggelassen, dafür finden wir hier Anatomie und Embryologie der Genitalien, die dort fehlen. Für den ewigen Fluß der Wissenschaft ist es charakteristisch, daß Schaxel in manchen Fragen, z. B. Verhältnis von Fortpflanzung und Geschlechtlichkeit, oder in der Frage nach einem primären Hermaphroditismus, das Gegenteil von dem lehrt, was Kammerer sagt.

Ein soziologisches Schlußkapitel ist vom sozialistischen Standpunkte aus geschrieben und betrachtet die Frauenfrage vom Standpunkte von Engels und Bebel aus: Nur die soziale Revolution wird auch die Abhängigkeit der Frau und die im letzten Grunde wirtschaftlich bedingten Sexualschwierigkeiten der Gegenwart überwinden. Fenichel (Berlin)

Enke, W.: Die Bedeutung des Rorschachschen Formdeutungsversuchs für die Psychotherapie (Vortrag). Sitzungsberichte der Gesellschaft zur Förderung der gesamten Naturwissenschaften zu Marburg. 17. Heft. Otto Elsner, Verlagsges. m. b. H., 1927.

Es besteht kein Zweifel, daß der Rorschachsche Formdeutungsversuch wegen seiner beträchtlichen Differenzierungsfähigkeit eine der reizvollsten psychologischen Untersuchungsmethoden darstellt. Trotzdem hat er ein eigenartiges Schicksal. Er hat sich nirgends eingebürgert und wird immer wieder von neuem entdeckt. Enke entdeckt ihn für die Psychotherapie.

Über den referierenden Teil seines Vortrages ist zu sagen, daß er kurz und gut die Rorschachsche Methode darstellt. Für denjenigen, der den Versuch nicht kennt, sei kurz erwähnt, daß sein Endziel darin besteht, die augenblickliche psychische Struktur der Versuchsperson festzuhalten. Dieses ist dem geübten Experimentator ohne Zweifel möglich.

Enke glaubt nun, den Formdeutungsversuch als psychotherapeutisches Mittel empfehlen zu sollen. Sein Gedankengang ist etwa folgender: Während die Medizin zweizeitig zur Heilung gelangt, indem sie durch die Diagnose zur richtigen Therapie geführt wird, ist die Mitteilung der diagnostischen Erkenntnis in der Neurosentherapie selbst therapeutisches Mittel: Auf die Erkenntnis schwindet das Symptom. „Das Jungsche Assoziationsexperiment gibt aber über die Persönlichkeit selbst nur wenig Aufschluß. Seine Resultate sind gewissermaßen nur Hinweise für unser weiteres analysierendes Vorgehen. Die Freudsche Traumanalyse dagegen führt uns tief in die Erlebnisweise und Persönlichkeitsstruktur unseres Patienten ein, sie bedarf aber . . . vieler Geduld und vieler Zeit, sowohl seitens des Arztes wie des Patienten.“ Die Rorschachsche Methode dürfte, wie der Verfasser meint, „nach ihrer Beschaffenheit und ihrer Bedeutung für die Psychotherapie sozusagen in die Mitte zwischen Jungsches Assoziationsexperiment und Freudsche Traumanalyse gestellt werden“ und infolgedessen für den Praktiker mehr leisten wie diese.

Wieder verkennt hier ein Psychologe, der sich um die Erfassung psychoanalytischer Erkenntnisse bemüht, in verhängnisvoller, aber typischer Weise

das Wesen der psychoanalytischen Heilerfolge. Heilerfolge entstehen — (unser *ceterum censeo*) — nur durch eine affektive, nicht durch rein intellektuelle Verarbeitung der psychoanalytischen Erkenntnisse. Das eigentliche Vehikel der seelisch-ökonomischen Umgruppierung ist und bleibt damit die Analyse der Übertragung, die erst die Vorbedingung für die Übernahme der Erkenntnisse in die eigene Regie schafft.

Für den Psychotherapeuten kommt darum der Rorschachsche Versuch trotz seiner unbedingt großen Leistungsfähigkeit auf anderem, z. B. auf forensischem Gebiet, nicht in Betracht.

Bally (Berlin)

Häberlin, Paul, Prof.: Über die Ehe. Schweizer Spiegel-Verlag, Zürich, 1928.

Der Autor geht von einer recht originellen Idee aus: Er stellt zunächst fest, daß ja das eigentliche Ehemotiv die Geschlechtsliebe sei; „ist ohne sie eine Ehe im vollen Sinne nicht möglich, so bildet sie andererseits in der Ehe das gefährliche und ‚unberechenbare' Element, und Ihre Anwesenheit macht geradezu die Ehegemeinschaft zu einer andauernd problematischen Angelegenheit" (S. 6). „Das charakteristische Ehemotiv ist also in sich gegensätzlich, widerspruchsvoll" (S. 18). Das zentrale Eheproblem bestehe darin, „daß die Geschlechtsliebe der charakteristische Beweggrund zur Ehe ist, daß sie aber nicht Traggrund einer als Lebensgemeinschaft aufgefaßten Ehe sein kann, ja im Gegenteil eine solche Gemeinschaft ständig zu stören geeignet ist . . . Man muß darum wohl von einer inneren Tragik der Ehe sprechen". Im Gegensatze zu den Autoren, die für die Erotisierung der Ehe eintreten, meint der Autor, daß „die Ehe selber, sofern sie auf der geschlechtsbestimmten Liebe sich aufbaut, eine in sich problematische, d. h. zweideutige Sache ist" (S. 18). Von der Ehedefinition Kants ausgehend, daß die Ehe eine Verbindung zweier Personen verschiedenen Geschlechts zu lebenswierigem, wechselseitigem Besitz ihrer Geschlechtseigenschaften sei, kommt der Autor zum richtigen Schluß, daß die Ehe, wenn sie nichts anderes sein kann, als eine in sich korrupte Institution zu bezeichnen wäre. „Der Vertrag bedeutete doch eine Art gegenseitigen Verkaufs eines Stückes persönlichsten Lebens" (S. 7). Soweit können wir dem Autor folgen nnd warten gespannt auf den Schluß, den er aus diesen Feststellungen zieht. Lösung der Ehe, die ihren Sinn verloren hat? Trennung der wirtschaftlichen und der geschlechtlichen Interessen? Nein: „Die Ehe als Lebensgemeinschaft ist zu verwirklichen trotz der Geschlechtsliebe, die mit ihr verbunden ist. Schon die klare Erkenntnis (das ist keine Erkenntnis, sondern eine Forderung. D. Ref.) dieser Aufgabe ist ein großer Gewinn. Sie befreit uns von der gefährlichen Illusion, als könne die eheliche Lebensgemeinschaft durch die Geschlechtsliebe verwirklicht werden, als sei somit die Liebe, wenn sie nur groß genug ist, die Garantie einer rechten und darum glücklichen Ehe" (S. 47). Eine solche Erkenntnis wäre wirklich fruchtbar, aber der Autor landet — in der Ethik. „So läßt sich das Eheproblem nur lösen, durch den sieghaften Gemeinschaftwillen. (Was ist das? Ref.) Sieghaft ist er aber nur, wenn er stärker ist, als die an das Ich gebundenen, selbstsüchtigen Sonderinteressen. So wird das Eheproblem zu einem inneren Problem jedes Ehegatten für sich (*sic!*)" (S. 48).

Es gibt Idealisten, welche meinen, die Wissenschaft sei eine voraussetzungslose Arbeit an Gegebenheiten, die unbekümmert um Meinungen und Ängste, rücksichtslos Wahrheiten aufdeckt. Statt dessen sieht man, daß insbesondere dort, wo es sich um Fragen des sexuellen Seins handelt, ethische Predigten mit der dazugehörigen Verlogenheit an der Arbeit sind, die sexuelle Not ins Maßlose zu steigern. Es kann wohl kein ethischeres Ziel geben, als diese Art „Wissenschaft", und je berühmter der Name des Forschers, desto unerbittlicher, zu bekämpfen, ohne Rücksicht auf die übliche Konvention und das schädliche *laissez faire*. Wohlerzogene Rücksichtnahme wird angesichts von Sätzen wie die folgenden zum Verbrechen an der Wissenschaft und an den Menschen; „wie die rechte Ehe, so ruht die rechte Familie und die rechte Erziehung auf dem Guten, dessen Fundament und Nährgrund der rechte Glaube ist" (S. 90). „Darnach ist die Ehe ein Gut, dessen Wert unabhängig ist, von der individuellen Bedürfnisbefriedigung. Sie ist eine sittliche Aufgabe, deren Erfüllung den Sieg des Guten über die bloßen Bedürfnisse darstellen soll. Sie ist eine von den Möglichkeiten, sich über die ungebärdige Subjektivität zu erheben, zur Gemeinschaftseinstellung; sie ist geradezu die Keimzelle wahren Gemeinschaftslebens" (S. 139). „Moralisch gesprochen gibt es daher nur sehr wenige Scheidungsgründe. Eigentlich nur einen einzigen: eine bestehende Ehe soll dann aufgelöst werden, wenn sie keinen Sinn hat. Dies ist dann der Fall, wenn das, was den Sinn der Ehe ausmacht, nämlich der Kampf um die Idee der Gemeinschaft zwischen Vertretern der beiden Geschlechter — wenn dieser Kampf nicht oder nicht mehr möglich ist. Wohlverstanden: „nicht möglich" — nicht etwa schon dort, wo er schwierig ist oder wo er momentan mehr Niederlagen als Siege bringt" (S. 140). Also wohlverstanden: die Ehe soll nur dann gelöst werden, wenn beide Ehegatten seelisch ausgeblutet sind, hingerichtet durch das „Gute", unglücklich geworden für ihr ganzes Leben!

Reich (Wien)

Van de Velde, Dr. Th.: Die vollkommene Ehe. Benno Konegen Verlag, Leipzig und Stuttgart.

Wir können es als Analytiker gewiß nur begrüßen, wenn auch von anderer Seite her die Stimmen sich mehren, die — entgegen der bisher üblichen Verschleierungstaktik — dem sexuellen Faktor den ihm gebührenden Platz einräumen wollen. Und so können wir uns mit dem Ziel, das Van de Velde sich in seinem Buch „Die vollkommene Ehe" stellt, eine harmonische und beglückende Sexualgemeinschaft zur Basis der Ehe zu machen, einverstanden erklären.

Nur über die Wege, die zu diesem Ziel führen — vielleicht auch über die Möglichkeit seiner Verwirklichung — sind wir anderer Meinung. Unsere Erfahrungen haben uns gezeigt, daß Menschen den Weg zum Beglücken und Beglücktsein allein finden, wenn dem innerlich keine Angst oder Hemmungen entgegenstehen. Auf die Ehe angewendet: daß Ehepartner schon den Weg zu einer guten körperlich-seelischen Gemeinschaft finden, wenn keine Konflikte trennend zwischen ihnen stehen.

Es ist dennoch möglich, daß das Buch für manchen eine — wenn auch nur vorübergehende — Befreiung bedeuten kann: auf dem Weg nämlich,

daß es von dem Druck des Schuldgefühls, das am Beglücktsein durch das sexuelle Erleben hindert, entlasten könnte, insofern es die gegenseitige Beglückung als Notwendigkeit und Aufgabe hinstellt. Aber in der Regel wird eine solche Entlastung ebensowenig helfen wie etwa ein ärztlicher Rat zum Sexualverkehr oder wie die Versicherung, daß die Onanie keine bösen Folgen nach sich ziehe. Denn alle Erklärungen und Ratschläge dieser Art richten sich ja nur ans Bewußte und erreichen daher überhaupt nicht die tieferen Quellen, aus denen heraus die Hemmungen entspringen, die eine innere Freiheit gegenüber dem Sexuellen unmöglich machen.

Horney (Berlin)

Van de Velde, Dr. Th.: Die Abneigung in der Ehe. Eine Studie über ihre Entstehung und Bekämpfung, 275 S. – Die Erotik in der Ehe, 93 S. (Beide im Verlag Benno Konegen, Leipzig und Stuttgart, 1928.)

In der Literatur über das Eheproblem, die in den letzten Jahren infolge der Ehekrise immer breiteren Raum gewinnt, nehmen die Bücher von Van de Velde zweifellos eine hervorragende Stellung ein. Nachdem der Autor in seinem bekannten Buche über „Die vollkommene Ehe" für die restlose Erotisierung der Ehe eingetreten ist, in wohltuendem Gegensatz zu jenem angeblich wissenschaftlich begründeten Muckertum, das in der Ehe ein metaphysisches Problem sehen will und durch seine asketischen Predigten unübersehbares Unheil anrichtet, behandelt der Autor im zweiten Bande seiner Trilogie über die Ehe die bekannten Gefahren, die der „vollkommenen Ehe" entgegenstehen. Der Inhalt des an Gedanken und Anregungen reichen Werkes läßt sich in einem kurzen Referat nicht einmal auszugsweise wiedergeben. Seine eingehende Lektüre wird für jeden, dem die behandelten Fragen nahegehen, ein Gewinn sein.

Man empfindet es aber als Mangel, daß dieses Werk nicht die Geschlossenheit der „vollkommenen Ehe" aufweist, vielfach allzusehr in die Breite geht, auf Nebenthemen abschweift und oft aphoristisch wird. Vom fachlichen Standpunkte aus muß der Analytiker die geringe Berücksichtigung der in der Literatur vorhandenen psa. Erkenntnisse und Beiträge zur Ehefrage bedauern. Das Buch kann auch schwerlich einer strengen soziologischen Kritik standhalten. Obwohl die gewichtigen ökonomischen Faktoren in ihren sekundären Wirkungen nicht übersehen werden, wird ihnen nicht jene Bedeutung beigemessen, die sie ihrem gesellschaftlichen Charakter nach haben. Es ist ja etwa richtig, daß die patriarchalische Haltung des Mannes in der Ehe eine Wurzel der Abneigung der Frau wird. Aber läßt sich mit wohlgemeinten Lehren die Tatsache aus der Welt schaffen, daß unsere Gesellschaftsordnung diese Stellung des Mannes mit allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln erhält und behütet? Daß sie in den elementarsten Fragen der Fortpflanzung und der Sexualhygiene immer das Verkehrte vertritt? Oder glaubt man ernsthaft, daß der Rat, die Nächstenliebe gegen die abstoßenden Kräfte in der Ehe zu betätigen, dem ehelichen Elend abhelfen kann, solange die Wohnungsfrage nicht gelöst ist?

Van de Velde tritt für die Dauermonogamie ein. Sein Buch über die

vollkommene Ehe versucht ja die Wege zur „Hochehe" aufzuzeigen. Er geht also bei seinen Untersuchungen von einem wertenden und nicht von einem rein beobachtenden und voraussetzungslosen Standpunkt aus. Er ist auch bemüht, mit der religiösen Moral nicht in Konflikt zu geraten. Das fällt ihm nicht schwer, weil die Kirche in ihrer Anpassungsfähigkeit die Verdammung der Fleischeslust für die Ehe aufzugeben beginnt. „Die eheliche Erotik hat also neben der religiösen Auffassung des Pflichtgefühls in der Ehe Platz" (Die Erotik in der Ehe, S. 36), sagt V. d. V., nachdem er einen Pfarrer zitiert, der das Buch „Die vollkommene Ehe" als nicht im Widerspruche mit der Kirche stehend fand. Ein solches Kompromiß ist aus rein sachlichen Gründen bedenklich, denn die kirchliche Moral kann, nachdem sie die Sexualität ihrer Ideologie gemäß zunächst auszurotten versuchte, nunmehr, da sie das Vergebliche ihres Beginnens empfinden mußte, zur Sexualität nur noch die gleiche Stellung gewinnen wie die zu einem notwendigen Übel. Eine solche Stellungnahme ist aber von vornherein unvereinbar mit der Erotisierung eines sexuellen Verhältnisses im Sinne des Autors, die ein durchaus sexualbejahendes Ichideal voraussetzt.

Van de Velde übersieht auch völlig die von der PsA. aufgedeckte Tatsache, daß die Sexualverdrängung, gesellschaftlich bedingt, an der Wurzel der sexuellen Not steht und keine intellektuelle Stellungnahme die Sexualwiderstände in dem Maße aufzulockern imstande ist, daß die sexuelle Ökonomie, auf die es ja letzten Endes ankommt, hergestellt wird. Im Einzelfalle kann da bis zu einem gewissen Grade nur die psychoanalytische Behandlung der Sexualhemmung helfen, und im sozialen Maßstabe kommt es doch gerade auf die Änderung der gesellschaftlichen Ideologien an.

V. d. V. gerät mit sich selbst in Widerspruch, da er auf der einen Seite von einer „schicksalhaft bedingten ehelichen Abneigung" spricht und auf der anderen Seite meint, daß man durch diese Abneigung nicht dazu kommen dürfe, die Ehe zu verwerfen. Gewagt ist die Behauptung, daß nur die Ehe eine kombinierte Befriedigung von Gemeinschaftsdrang und Geschlechtstrieb ermögliche. Man kann nicht behaupten, daß der Autor in seiner Rolle als Anwalt der Ehe für diese Institution mehr vorzubringen vermag, als gutgemeinte Ratschläge, wie es sein sollte; man gewinnt nicht die Überzeugung, daß seine Ideen auf realem Boden verwirklicht werden könnten.

Van de Veldes Bestrebungen, die eheliche Erotik, die zur „Hochehe" führt, gegen die eheliche Abneigung auszuspielen, sein Rat, die sexuelle Spannung in der Ehe zu erhalten, sind an sich richtig. Sie gehen aber von der Voraussetzung aus, daß die Ehe ein rein erotisches und psychologisches Problem bilde, übersehen alle gesellschaftlichen, ökonomischen und ideologischen Faktoren, die vor und während der Ehe die Menschen eheunfähig machen, wie etwa die übliche Sexualverbildung in der Kindheit und in der Pubertät. Obwohl der Autor vom „natürlichen Verblühen der Liebe als Ursache ehelicher Abneigung" spricht, sieht er doch in der lebenslänglichen Dauermonogamie das ideale Ziel. Hier macht der zur Unbefangenheit verpflichtete Forscher der kirchlichen und bürgerlichen Moral allzuviele Konzessionen, die ihn wieder zwingen, weit mehr die Bedingungen idealer, d. h. nie erreichbarer Zustände zu schildern als die realen und akuten Schwierigkeiten ins Auge zu fassen. Es scheint uns bedenklich, diese Schwierigkeiten unter dem

Begriffe „sexueller Antagonismus der Geschlechter" abzuhandeln und nicht zu untersuchen, unter welchen sozialen und psychologischen Bedingungen dieser Antagonismus aufkommen konnte. Denn daß er naturgemäß gegeben sei, wird sich kaum aufrechterhalten lassen. „So ist denn der sexuelle Antagonismus, sowohl in seiner primitiven Form, als gegenseitige Abstoßung instinktiv-fühlender Wesen (?), wie als Ausdruck der radikal entgegengesetzten psychischen Einstellung von Mann und Frau, der Urgrund der unaufhörlichen Schwierigkeiten, die das Zusammenleben der Geschlechter in der menschlichen Gesellschaft, insbesondere das Zusammenleben von Mann und Frau in der Ehe, mit sich bringt." (Die Erotik in der Ehe, S. 50 f.)

Als Therapie der Ehenot schlägt der Autor eine „eklektische Psychotherapie" vor, ein Gemisch aus Persuasion, Selbstpersuasion und der Lehre des „Als-Ob" als Lebenslehre . . ., Die Unsicherheit des Arztes gegenüber dem Problem „Ehe" ist nicht zu verkennen. „Einbildung, Autosuggestion und Suggestion, Tun-als-ob . . ., das sind die Ursachen vieler Übel und gleichzeitig die souveränen Mittel gegen viele Übel — nicht zuletzt gegen die eheliche Abneigung! . . . Die Fiktion kann die Wahrheit ersetzen — und zur Wahrheit werdend, sich selbst überflüssig machen." (Die Abneigung in der Ehe, S. 270.) Das ist der Weisheit letzter Schluß!

Reich (Wien)

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Binswanger, L.: Psychotherapie als Beruf. Der Nervenarzt, I. Jg., H. 3—4.

Der Mensch ist in doppeltem Sinne eine Einheit: als Inbegriff hierarchisch übereinandergeordneter psychophysischer Funktionen und als geistiges Wesen, als Individuum. Die Idee der Psychotherapie heißt den ganzen Menschen zu untersuchen und dem ganzen Menschen zu helfen. Im ärztlichen Handeln wird diese Idee dadurch realisiert, daß die Untersuchung des kranken Menschen etappenweise, durch Anwendung verschiedener Methoden, physikalischer, psychophysiologischer und schließlich lebensgeschichtlicher, vor sich geht. Kern und Grundlage der Psychotherapie ist die systematische Vertiefung in die innere Lebensgeschichte des kranken Menschen, ihre theoretische Rekonstruktion und praktische Reproduktion. Die historische Methode bedeutet für den Psychotherapeuten ein immanentes Prinzip der Orientierung, vor allem auch hinsichtlich der Indikation des psychotherapeutischen Eingriffes. Von allen psychotherapeutischen Richtungen hat die Psychoanalyse die Vertiefung in die Lebensgeschichte am weitesten ausgebaut. Hier ist ihr ungeheurer Vorsprung. Die Indikation der Psychotherapie hängt von der richtigen Abschätzung der ätiologischen Faktoren ab, auf denen in einem konkreten Fall der Schwerpunkt liegt.

Die Psychoanalyse ist vor allem angebracht bei komplizierten phobischen, hysterischen und zwangsneurotischen Syndromen. Bei endogenen Depressionen kann die Psychoanalyse nur auf den lebensgeschichtlichen Anteil einer Depression wirken, was in manchen Fällen immerhin die Höhe der Depression

und das Gesamtbild deutlich zu verändern vermag. Einer Analyse der Psychosen steht der Verfasser skeptisch gegenüber. Er meint, vor einer Analyse schizophrener Prozesse sei dringend zu warnen. Bei Manie wie Melancholie ist der funktionell bedingte Teil der Störung so groß, daß die analytische Beeinflussung wenig Erfolg verspricht. Überhaupt meint Verfasser, daß er kaum ein Gebiet kenne, wo er auf die Psychoanalyse und auf die lebensgeschichtliche Erforschung seine ganze Hoffnung setzen würde und wo nicht andere körperliche und seelische Behandlungsmethoden zu irgendeinem Zeitpunkt einsetzen müßten. Aber es kann sich hier nur um Nebenmethoden handeln, während die Erforschung der Lebensgeschichte immer die Hauptmethode bleibt, ohne welche jene sinn- und wirkungslos wäre. Auch bei körperlichen Symptomen innerhalb neurotischen Rahmens darf man nicht vergessen, daß man ein und demselben Symptom von zwei Seiten aus beikommen kann: von der Lebensfunktion aus, wie von der Lebensgeschichte aus. Daher die Notwendigkeit direkter Einwirkung auf die Lebensfunktion neben der Analyse.

Zu diesem ausgezeichneten Aufsatz möchte Referent nur bemerken, daß theoretisch die Scheidung „Lebensfunktion" und „Lebensgeschichte" kaum aufrechtzuhalten ist und nur eine Abstraktion der Betrachtungsweise bedeutet, die allerdings aus wissenschaftlichen Gründen sich nicht immer vermeiden läßt. Man muß übergreifende Gesichtspunkte suchen, aus denen der ganze Organismus sich einheitlich erfassen läßt. Praktisch handelt es sich darum, daß die richtige Einschätzung der quantitativen Faktoren in einem konkreten Fall darüber zu entscheiden hat, von welcher Seite ein Symptom am zweckmäßigsten angegangen werden soll. Kriterien zur Entscheidung dieser Verteilung der Faktoren gibt Binswanger kaum an; er betont, daß dies prinzipiell kaum möglich ist. Nur einen Hinweis finden wir in seiner Arbeit: Er meint, daß etwa körperliche Symptome innerhalb einer psychisch nicht ganz intakten Gesamtpersönlichkeit selbst dann nicht die Indikation psychotherapeutischer Bemühungen nahelegen, wenn die äußere Lebensgeschichte schwere Traumen zeigt. Psychotherapie wäre nur dann angebracht, wenn anamnestisch nachweisbar wäre, daß die Traumen in die innere Lebensgeschichte auch pathologisch verarbeitet worden sind. Gewiß ein richtiger Gesichtspunkt. Nur läßt sich leider die „lebensgeschichtliche" Bedingtheit der Symptome nie vor, sondern immer nur im Laufe der Analyse nachweisen. Gerő (Wien)

Gebsattel, V.: Was wirkt in der Psychoanalyse therapeutisch? Der Nervenarzt, I. Jahrgang, Heft II, Berlin, 1928.

Eine sehr subjektiv gefärbte, stark metaphysisch orientierte Stellungnahme zu der Theorie der psychoanalytischen Therapie, an einen Aufsatz von Fritz Mohr, Münchner, Medizinische Wochenschrift, Nr. 41, anschließend. Man merkt, daß Verfasser die grundlegenden Faktoren psychoanalytischer Heilkunst aus ärztlicher Erfahrung gut kennt. Seine Formulierungen sind freilich etwas oberflächlich, verdecken den Mangel an psychologischer Exaktheit durch einen imposanten, aber nach näherem Hinschauen etwas leer anmutenden Überbau. Die Darstellung der Übertragung ist ganz verfehlt. Sehr feine Bemerkungen über die Gegebenheitsweise und Wiedererweckung der Vergangenheit.

Gerő (Wien)

Haeberlin, Carl: Grundlinien der Psychoanalyse. 2. Auflage, München, 1927.

Dies Buch, das offenbar als erste Einführung in den analytischen Gedankenkreis gemeint ist, hält sich — an dieser Aufgabe gemessen mit Recht — im Bereich der zugänglicheren Fragestellungen und vermeidet, von wenigen Ausnahmen abgesehen, Ausflüge in die schwierigeren Gebiete der analytischen Problematik. Seine Darstellung ist klar, in manchen Abschnitten vorzüglich; die Lehren vom Unbewußten, von der Dynamik, der Libidotheorie, der Methode des freien Einfalls werden übersichtlich und leicht faßlich wiedergegeben. Die sexuelle Ätiologie der Neurosen will H. in der allgemeinen Fassung, die Freud dieser Theorie gegeben hat, nicht gelten lassen. Hier wie in der Typenlehre und in der Forderung nach Ergänzung der analytischen Betrachtungsweise durch eine synthetische zeigt sich der Autor von Gedankengängen Jungs beeinflußt. Jungs Auffassung ist ihm die „tiefere" (gegen die übliche Anwendung von Begriffen wie „tief" und „flach" auf das Gebiet empirischer Erkenntnis wäre mancherlei zu sagen; vor allem, daß es sich dabei um weltanschauliche Wertungen handelt und nicht um Wahrheitskriterien), sie vermag „die Seele zu einem Ziel zu erlösen". Die Psychoanalyse Freuds kenne keine Werte. Das ist — nach Ansicht des Ref. — irrig. Die Analyse kennt durchaus wertgerichtete Akte und Werte sind für sie Gegenstand der Betrachtung, soferne menschliches Handeln an ihnen orientiert ist; über Werte „an sich" freilich traut sie sich — aber das ist für eine empirische Wissenschaft selbstverständlich — kein Urteil zu. Unter welchen Gesichtspunkten Werte von der Analyse betrachtet werden können, und unter welchen nicht, geht z. B. aus Freuds Lehre von der Ichidealbildung deutlich hervor. Aus des Autors Einstellung zum Wertproblem (dessen entscheidende Rolle im Kampf um die Freudschen Lehren hier wieder klar zutage tritt) ergeben sich auch seine therapeutischen Forderungen: gegen die angebliche „Entwertung" durch die Psychoanalyse und für den „Aufbau" der analysierten Persönlichkeit. Der Standpunkt der Analyse zu diesem Fragenkomplex ist von berufenerer Seite längst klar umrissen worden; es erübrigt sich daher an dieser Stelle eine Kritik von H's. therapeutischen Anschauungen. Hartmann (Wien)

Monakow, C. v.: Ein instruktiver Fall von Unfallneurose, Orell Füssli, Zürich, 1926.

Inhalt des Heftes bildet die Untersuchung und Begutachtung einer in der Tat recht interessanten Unfallneurose. Dabei werden vom Autor auch einige prinzipielle Anschauungen über das Wesen der Neurose, über Aggravation und Simulation vorgebracht. Verfasser verwirft nicht grundsätzlich die Geldentschädigung von Unfallneurotikern. Am wichtigsten aber erscheint ihm die sofortige Einleitung eines psychotherapeutischen Verfahrens (u. zw. meint er damit: „Aufklärung und Beruhigung des Patienten, möglichstes Entgegenkommen bei der Wiederaufnahme der Arbeit, überhaupt humane, liebevolle Behandlung"), das häufig imstande sei, die Entstehung einer Neurose zu verhüten oder sie in ihren Anfängen zu heilen. In der Arbeit M.'s ist wohl auch der Einfluß gewisser allgemeiner analytischer Gesichtspunkte spürbar, doch werden die speziellen Fragestellungen der Psychoanalyse zum Problem der Unfallneurose nicht diskutiert. Hartmann (Wien)

Frank, Ludwig: Die psychokathartische Behandlung nervöser Störungen. Leipzig, Thieme, 1927, 208 Seiten.

In dem vorliegenden Buch gibt F. zusammenfassend Bericht über seine Erfahrungen mit der kathartischen Behandlung neurotischer — oder, wie er sagt, thymopathischer — Zustände. Er erklärt zwar, daß die Katharsis nicht der einzige Weg der Therapie sein könne, sondern lediglich eine Methode neben anderen, steckt aber praktisch ihren Anwendungsbereich erstaunlich weit ab. Das wirkende Prinzip der Katharsis ist ja aus den Hysteriestudien von Breuer und Freud allgemein bekannt; auch F. definiert es als „das Wiederbewußtwerden und Durchleben der aus verschiedenen Ursachen im Unterbewußten aufgespeicherten Affekterregungen". Er nimmt die Behandlung in einem Bewußtseinszustand vor, der zwischen Schlaf und Wachen die Mitte hält. Das Eintreten des „passiven Zustandes" wird erleichtert durch Fixieren der Augen des neben dem Patienten „sitzenden oder knienden" Arztes; es ist begleitet von Veränderungen der Herz- und Atmungstätigkeit. Diesen Vorgang bezeichnet F. als „psychokathartische Reaktion". Nur in einem bestimmten Grade des passiven Zustandes ist das wirksamste therapeutische Moment, das Wiedererleben der affektgeladenen Erinnerungen, möglich. Nicht bei allen Patienten kommt es übrigens zu einem szenischen Wiedererleben, das Abreagieren ist aber auch ohne szenische Reproduktion möglich. Die Sitzung wird dann als beendigt angesehen, wenn Atmung und Herztätigkeit wieder normal geworden sind. Das kann eine Viertelstunde, aber auch bis zu drei Stunden dauern. An die Katharsis kann sich eine Selbstbehandlung (Autokatharsis) anschließen, die nach Ansicht des Autors vor allem bei neurasthenischen Zuständen erfolgreich ist. Der Darstellung der Methode läßt der Autor eine Übersicht über ihre Anwendung bei den verschiedensten Formen neurotischer Erkrankungen folgen; hier findet sich manche interessante Beobachtung. Eine prinzipielle Auseinandersetzung mit den Anschauungen F.'s ist hier um so weniger notwendig, als die in diesem Buche vorgetragenen Ansichten, in allen wesentlichen Punkten schon in dem früheren, längst bekannten Werke des Verfassers über „Affektstörungen" enthalten sind.

Hartmann (Wien)

Tietjens, E.: Die Desuggestion. Ihre Bedeutung und Auswertung. Otto Elsner Verlagsgesellschaft, Berlin 1928.

Der Verfasser erörtert in reichlich ausführlicher Weise das Lust-Unlustprinzip des psychischen Apparates in seinen verschiedensten Auswirkungen. Er operiert mit dem Begriff der Verdrängung und stellt den Begriff der Parassoziation auf, unter dem er eine „falsche" Koppelung eine Affekts an eine Vorstellung versteht. Die Lösung dieser falschen Assoziation gilt ihm als der Weg zur Therapie der Neurose, der Unzufriedenheit und des allgemeinen sowie einzelnen Elends. Diese „Desuggestion", — so nennt er die Befreiung einer Vorstellung von den an ihr haftenden, jedoch ihr nicht genuin zukommenden, störenden Affekten, — die jeder einzelne selbständig zu vollziehen habe, gebe die Gewähr für „Glück, Erfolg, Gesundheit".

R. Sterba (Wien)

Aus der psychoanalytischen Literatur

Freud, Anna: Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Vier Vorträge am Lehrinstitut der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien 1927, 87 S.

Die analytische Literatur weist bereits eine Anzahl von Beiträgen auf, die sich von verschiedenen Gesichtspunkten aus mit der Problematik der Kinderanalyse befassen. Die vorliegende Schrift Anna Freuds hebt sich durch ihre ganze Anlage in entscheidender Weise von diesen Veröffentlichungen ab. Die Autorin bemüht sich, den Leser, von dem sie annimmt, daß er mit der analytischen Behandlungstechnik der Erwachsenen vertraut ist, in die Besonderheiten der kinderanalytischen Technik einzuführen. Sie rollt der Reihe nach die Schwierigkeiten und Fragen auf, die auf diesem Spezialgebiet dem analytischen Arbeiter begegnen, und zeigt die Lösungen, die sich ihr in der praktischen Tätigkeit für dieselben ergeben haben. Ihre Darstellung ist von vorbildlicher Klarheit. Sie knüpft jeweils an den Eindrücken der Beobachtung an, die sie anschaulich schildert und psychologisch feinsinnig zergliedert, zieht dann aus dem Material ihre theoretischen Schlüsse, um schließlich zu ihren prinzipiellen Formulierungen zu gelangen. Es gelingt ihr so, auf knappem Raume eine abgerundete und systematische Untersuchung zu bieten, die die wichtigsten Fragen der kinderanalytischen Technik erfaßt und dem Leser nicht bloß Resultate übermittelt, sondern ihm auch in den ganzen Werdegang derselben einen lebendigen Einblick gewährt. Dank der peinlichen Sauberkeit ihrer Methodik bleibt es bei keiner ihrer technischen Maßnahmen unklar, in welcher psychologischen Situation, mit welchen Erwartungen und tatsächlichen Folgen dieselbe unternommen worden ist. Man darf sagen, — und dieses Moment gestaltet die Lektüre zu einem besonderen Genuß, — daß sie ihr technisches Vorgehen durchgängig rationalisiert hat.

Die Broschüre enthält vier Vorträge: 1) Die Einleitung der Kinderanalyse, 2) Die Mittel der Kinderanalyse, 3) Die Rolle der Übertragung in der Kinderanalyse und 4) Das Verhältnis der Kinderanalyse zur Erziehung.

1) Die Notwendigkeit, den Kinderanalysen eine besondere, von der „klassischen Technik" abweichende „Einleitung" zu geben, leitet die Autorin von der Tatsache ab, daß die psychische Verfassung und Situation des Kindes wesentlich anders sind, als die des Erwachsenen, auf die sich aber die Vorschriften jenes Vorgehens gründen. Das Kind ist auf eine ganz andere Art wie der Erwachsene psychisch hilflos und sozial abhängig, hat meistens weder eine Krankheitseinsicht noch einen Genesungswunsch noch auch reale Einsicht in die „therapeutische Situation", in die es vielleicht gegen oder doch ohne seinen eigenen Willen durch höhere Gewalt versetzt wird. Es ist kaum glaublich, daß diese augenfällige Eingangsschwierigkeit der Kinderanalyse in der bisherigen Literatur nicht behandelt, ja, nicht einmal vermerkt worden ist. Die Autorin überwindet diese Schwierigkeit so, daß sie die erste Zeit lediglich der Vorbereitung ihrer kleinen Patienten zur analytischen Arbeit widmet. Sie verschafft sich beim Kinde Autorität, entfremdet es seinen Sym-

ptomen, erwirbt sich seine Anhänglichkeit und sein Zutrauen und versucht ihm die Vorteile nahezubringen, die ihm aus der gemeinsamen Arbeit erwachsen können, kurz, sie trachtet die Verhältnisse beim Kinde denen beim Erwachsenen möglichst anzugleichen. Ihre Mittel dabei können natürlich keine anderen sein als die, die der menschlichen Einflußnahme im allgemeinen zu Gebote stehen. Sie zeigt an einer Auswahl hübscher Beispiele, wie sich Art und Umfang ihrer Maßnahmen nach der Lage des Einzelfalles richten; nötigenfalls schrickt sie auch vor der *ultima ratio* nicht zurück, dem Kind vor seiner Krankheit mit ihren möglichen Folgen Angst einzuflößen. Zur Rechtfertigung dieses — wie sie befürchtet — den Analytiker befremdenden Vorgehens weist sie darauf hin, daß die Überreste einer solchen vorbereitenden Phase auch in der Behandlung Erwachsener aufzeigbar sind und darin einen um so breiteren Raum einnehmen, je infantiler der erwachsene Neurotiker geblieben ist.

2) Ist die Vorbereitung des Kindes geglückt, dann kann die eigentliche Arbeit nach den Gesichtspunkten der Erwachsenenanalyse einsetzen. Die Autorin überprüft nun deren bekannte Mittel, wie weit sie beim Kinde anwendbar sind oder durch andere ersetzt werden müssen. Die Lebens- und Krankengeschichte, die man beim Erwachsenen seinen eigenen Erzählungen entnimmt, muß sich der Kinderanalytiker bei den Eltern seiner Patienten holen. Die Gedächtnisleistung des Kindes ist am Anfang der Analyse zu gering, die Vergangenheit ist bei ihm verblaßt, sein Interesse durch die Aktualität in Anspruch genommen. Dafür leistet die Traumdeutung in der Kinderanalyse dieselben vortrefflichen Dienste wie in der Behandlung Erwachsener. Die Kinder sind nach den Erfahrungen der Autorin für das Verständnis des Traumes leicht zu gewinnen, arbeiten eifrig an der Deutung mit und scheinen dem Phänomen des Traumes überhaupt viel näher zu stehen als der ihm intellektuell so entfremdete Erwachsene. Die Kinder gewähren auch in ihre gelegentlich recht ergiebige Produktion an Tagträumen viel leichter Einblick als der Erwachsene und die Erzählung ihrer Phantasien wird so zum größten Hilfsmittel der Analyse. Die Autorin belegt die häufigeren Typen der kindlichen Tagträume mit instruktiven Beispielen, und würdigt dann — wiederum an Hand mitgeteilter Beobachtungen — die technische Bedeutung der Zeichnungen, die die Kinder in den Analysenstunden anfertigen.

Das eigentliche Mittel, auf welches die analytische Technik gebaut ist, die freie Assoziation, kann dagegen so gut wie gar nicht beim Kinde angewendet werden; ihre Rolle bleibt hier auf eine gelegentliche Hilfe beschränkt. Darin erblickt die Autorin die Hauptschwierigkeit der kinderanalytischen Technik, der auch die Bemühungen von Frau Dr. Hug-Hellmuth und von Frau Melanie Klein entsprungen sind, ein geeignetes Ersatzmittel ausfindig zu machen.

3) Der Rolle der Übertragung als technischem Hilfsmittel der Kinderanalyse widmet die Autorin eine besondere Vorlesung. Die Kinderanalyse muß der Eigenart des Kindes und ihren erzieherischen Absichten Rechnung tragen und mit einer besonders starken und tragfähigen zärtlichen Bindung arbeiten, die sich aber mit den forcierten Mitteln der Einleitungsperiode unschwer herstellen läßt. Das Kind bringt dann in der Übertragung nicht anders als der Erwachsene freundliche und feindselige Regungen zum Ausdruck. Trotzdem

besteht gegenüber dem Erwachsenen ein entscheidender Unterschied, den die Autorin so formuliert, daß das Kind keine Übertragungsneurose bildet. Der eine Grund dafür liegt in der Person des Kindes, der andere in der erforderlichen Haltung des Kinderanalytikers selbst. Das Kind nimmt nicht so leicht eine Neuauflage seiner Liebesbeziehungen vor, weil „die alte Auflage noch nicht vergriffen ist"; es kann seine Gefühlsreaktionen daheim auf die realen Elternpersonen richten und ist viel weniger bereit, sie mit dem Analytiker zu vertauschen, als der Erwachsene seine Phantasieobjekte. Andererseits kann der Kinderanalytiker nicht jene unpersönliche Rolle spielen, die zur ungestörten Entfaltung und erfolgreichen Deutung der Übertragungsneurose nötig ist. Er muß in der Vorbereitungszeit durch starke persönliche Wirkungen das Kind an sich fesseln und bleibt auch später durch seine wertenden Stellungnahmen, die die erzieherischen Aufgaben der Analyse mit sich bringen, als Persönlichkeit stets im Vordergrund.

Da sich der Kinderanalytiker in die Liebe oder den Haß des Kindes mit den Eltern teilen muß, kann er die Analyse nicht auf die Inhalte und Ereignisse der Analysenstunden beschränken. Er ist auf einen ständigen Nachrichtendienst über das Kind und auf eine Zusammenarbeit mit den Eltern des Kindes angewiesen, deren Realisierung wohl die größten praktisch-technischen Schwierigkeiten der Kinderanalyse mit sich bringt.

Als eine weitere Eigenart der Kinderanalyse wird von der Autorin hervorgehoben, daß in ihr die negative Übertragung sehr wenig fruchtbar und vor allem unbequem ist, so daß man sie ehestens abzubauen und abzuschwächen trachtet. „Die eigentliche fruchtbringende Arbeit wird immer in der positiven Bindung vor sich gehen."

Diese Vorlesung bringt auch eine kurze Polemik gegen die Spieltechnik von Frau Klein, deren großen Wert für die Beobachtung des Kindes die Autorin sonst voll anerkennt. Sie meint, das Agieren des Kindes im Spiel könne zum Zwecke der Deutung nicht so unbedenklich den freien Einfällen des Erwachsenen gleichgesetzt werden, wie es Frau Klein tut. Die Assoziationen des Erwachsenen stehen unter der Zielvorstellung der analytischen Situation, die beim Kinde fehlt. Ebenso sei es im Hinblick auf die nur partielle Übertragungsneurose des Kindes fraglich, ob die kleinen Vornahmen des Kindes an der Person oder der Einrichtung des Analytikers Symptomhandlungen im Sinne des Erwachsenen sind und einen Symbolwert wie diese haben.

4) Die Verwendung des Materials, das die Kinderanalyse zutage fördert, kann nicht dieselbe sein wie beim Erwachsenen. Wenn die Analyse beim Erwachsenen seine in unreifer Vorzeit vorgenommenen Verdrängungen, die zur Neurose geführt hatten, rückgängig gemacht hat, kann sie die Entscheidung über die neue Verwendung seiner freigelegten Triebkräfte seinem Über-Ich überlassen. Das Über-Ich des Kindes ist aber noch lange nicht die erstarkte und souveräne Instanz, der man diese Leistung zutrauen könnte. Die Stärke seiner Idealforderungen schwankt noch mit der Stärke der Gefühlsbindung zu den Personen, denen zuliebe sie das Ich sich zu eigen gemacht hatte. Wo die Kraft der eigenen Forderung nicht ausreicht, muß sich ferner das Kind noch die Liebe zu oder die Angst vor den Eltern zu Hilfe holen. Schließlich haben die Kinder eine „doppelte Moral", ihre Ekel- und Schamreaktionen

sind anders, wenn sie untereinander sind, als in der Beziehung zu Erwachsenen oder auch nur in Anwesenheit derselben. Die Entscheidungen, die man dem Kinde überlassen würde, würden also infolge dieser Abhängigkeit seines Über-Ichs seinen Erziehungspersonen zufallen, die durch ihre übermäßigen Forderungen das Kind schon einmal in die Neurose getrieben haben. Ebensowenig ist es aber möglich, das Kind vorzeitig mündig zu erklären und jede Unterstützung von außen her von ihm abzuziehen, damit es inmitten der Schwierigkeiten des praktischen Lebens allein seinen Weg suche. Es bleibt also nur der Ausweg übrig, daß der Analytiker selbst die Leitung des Kindes in die Hand nimmt, die analytische Leistung mit der erzieherischen kombiniert. Hernach muß sich das Kind wieder ohne Störung in die Erziehung im Elternhaus überführen lassen. Für die Auswahl der Fälle ist also außer der Erkrankung des Kindes sein Milieu maßgebend.

Es ist drei Momenten zuzuschreiben, daß die Kinderanalyse trotz ihrer Schwierigkeiten weit glänzendere Erfolge erzielen kann als die Erwachsenenanalyse. Das Kind hat nur einen kurzen Rückweg zurückzulegen, um wieder in die seinem Wesen angemessene Bahn zu geraten, und seine Charakterveränderung wird nicht durch zahllose unabänderliche Realitäten illusorisch gemacht, wie sie beim Erwachsenen aus seiner früheren pathologischen Zeit in seine Gegenwart hineinragen. Zweitens bietet die Beeinflussung des Über-Ichs ganz andere Möglichkeiten als beim Erwachsenen, zumal parallel mit ihr durch menschliche Bemühung eine Änderung der wirklichen Elternpersonen erzielt werden kann. Drittens läßt sich die Anpassungsarbeit des Kindes dadurch erleichtern, daß man die Umgebung auch ihm anzupassen versucht.

Referent, der über keine kinderanalytischen Erfahrungen verfügt, kann sich in der kritischen Würdigung der hier im wesentlichen wiedergegebenen Ausführungen Anna Freuds nur auf zwei Anhaltspunkte stützen: auf die analytische Theorie und auf seine Erfahrungen mit Erwachsenen von infantilem Typus. Diese letzteren Beobachtungen bieten ihm zunächst die Möglichkeit, zu der von der Autorin empfohlenen „Einleitung" der Kinderanalyse eine bestätigende Bemerkung vorzubringen. Im Krankenmaterial des vom Referenten geleiteten „Technischen Kolloquiums" an der „Berliner Psychoanalytischen Poliklinik" traten in den letzten Jahren auf Kosten der immer seltener werdenden klassischen Übertragungsneurosen Fälle von schwer bestimmbarem Charakter in den Vordergrund, Charakterstörungen, Schizoide usw., deren gemeinsamer Zug die hochgradige infantile Hilflosigkeit und soziale Abhängigkeit war. Die Behandlung derartiger Fälle bot namentlich den jüngeren Kollegen, die mit den Voraussetzungen und Erwartungen der „klassischen Technik" an die Arbeit herantraten, große Schwierigkeiten. Sie haben sich nur zögernd und gleichsam aus Verlegenheit vom Referenten dazu drängen lassen, ihre analytische Reserve aufzugeben und durch persönliches Hervortreten die Herstellung einer starken positiven Bindung anzustreben. Wir meinten, diese Personen seien infantil geblieben und müßten daher zunächst wie Kinder behandelt werden. Die Erfahrung zeigte, daß diesen Fällen auf keine andere Weise beizukommen war. An eine Übereinstimmung mit der kinderanalytischen Technik konnte auf Grund der früheren Literatur keiner von uns denken. Um so freudiger wurden dann die Ausführungen der Autorin von unserem Kreise aufgenommen und ihre lehrreichen Angaben haben seither unsere

gleichgerichteten Bestrebungen bei der Behandlung infantiler Individuen entschieden gefördert.

Von anderer Seite ist bald nach dem Erscheinen dieser Broschüre tatsächlich und mit großer Heftigkeit der von der Autorin befürchtete Vorwurf laut geworden, ihre Art der Vorbereitung in der Kinderanalyse sei gänzlich unanalytisch, ja mache sogar die Durchführung einer korrekten Analyse unmöglich. Das nun ist eine theoretische Behauptung und es muß daher möglich sein, die strittige Frage — was analytisch ist und was nicht — durch theoretische Erwägungen zu entscheiden.

Das beanstandete Verfahren der Autorin ist von Anfang der Behandlung an darauf gerichtet, die Vorherrschaft des Intellekts und die Konsolidierung des Ichs vorzubereiten. Es ist kein Widerspruch, daß dies unter Einsetzung stärkster Gemütsbewegungen geschieht; der Intellekt des Kindes ist ja zunächst nur durch Affekterregung ansprechbar und der Affektvorgang erzwingt hier die Denkleistung, fördert die Synthese und steht so im Dienste der Vereinheitlichung des Ichs. Was aber ist das Endziel der Analyse? Ich denke, dasselbe, den Primat des Intellekts aufzurichten und ein hochorganisiertes, kohärentes Ich zu schaffen. Sehen wir uns jetzt die Sache von der Kehrseite an. Kann man denn überhaupt analysieren, wenn man sich vorerst nicht darum bemüht, daß der Kranke seine therapeutische Situation rational erfasse? Wenn er sich über seinen Zustand von selbst keine Gedanken macht und seine Lage einfach naiv erlebt? Ich meine, diese Frage muß in einem gewissen Umfange bejaht werden. Dies ist ja die Geistesverfassung, in der sich die meisten Menschen — und vor allem die Kinder — gewöhnlich befinden. Trotzdem sind solche Personen sehr wohl fähig, akzidentell Sinnzusammenhänge zu verarbeiten. Ähnlich — stelle ich mir vor — kann man ja auch in einer rational ganz ungeklärten Situation analytische Aktionen — Übersetzungen, Deutungen usw. — vornehmen, ohne sich darum zu kümmern, was das zur Innenorganisation unfähige und dazu vom Analytiker nicht angeleitete Ich mit diesem psychischen Material am Ende anfängt. Zugegeben, daß sich dieses Verfahren ein Stück weit analytischer Maßnahmen bedient, mit dem wahren Wesen der Analyse hat es gewiß recht wenig zu tun und sein Anspruch, daß es gegenüber der Methode Anna Freuds die korrekte Art der Analyse darstelle, ist gänzlich unhaltbar. — Selbstverständlich ist die Vorbereitungsmethode Anna Freuds — worauf sie übrigens gelegentlich selbst hinweist (S. 47) — vor Erlangung einer gewissen intellektuellen Reife, also etwa vor dem Eintritt in die Latenzzeit, noch nicht anwendbar.

Ein weiterer strittiger Punkt, der eine theoretische Behandlung zuläßt, ist die Auffassung der Autorin über die Rolle der Übertragung in der Kinderanalyse. Ihre tatsächlichen Feststellungen darüber sind zweifellos richtig, ihre theoretische Begründung einleuchtend und schon von der gewöhnlichen Kinderbeobachtung her leicht zu verstehen. Solange sich das Leben des Kindes im Kreise seiner Urobjekte abspielt, wird bei ihm der Analytiker als Übertragungsobjekt niemals die Stellung wie beim Erwachsenen erlangen können. Nur scheint mir die Formulierung, in der die Autorin von dieser wichtigen Beobachtung Rechenschaft gibt — das Kind bilde keine Übertragungsneurose — leicht mißverständlich und daher nicht sehr glücklich zu sein. Es ist überhaupt schwer, die Übertragung von der Übertragungsneurose begrifflich

scharf zu sondern. Wenn ein neurotisches Individuum eine Übertragung eingeht, kann es ja in derselben kaum was anderes als seine pathologischen Reaktionen unterbringen, es produziert also eine neurotische Übertragung, die bereits ein Phänomen der Übertragungsneurose ist. Man kann sterilen Wortstreitigkeiten den Boden entziehen, wenn man einfach aussagt, daß in der Libidoökonomie des behandelten Kindes die Übertragungsneurose eine andere, weit weniger zentrale und ausschließliche Rolle spielt, als beim Erwachsenen.

In der Polemik gegen die Spieltechnik von Melanie Klein ist die Argumentation der Autorin außerordentlich zurückhaltend. Sie geht überhaupt nicht auf den Punkt ein, an dem Referenten die Gefahr der Kleinschen Technik zu liegen scheint. Indirekt wird diese Gefahr allerdings durch ihre ganze Broschüre beleuchtet. Wenn man diese Technik nach den Angaben M. Kleins ausführt und die wiederholten Spielaktionen des Kindes stets deutet oder vielmehr übersetzt, kann man als nächsten Effekt nur erzielen, daß die so außerordentlich wichtige Funktion des Spiels im Sublimierungsprozeß zerstört wird. Wenn ein Kind statt zu onanieren ein Spiel von unverkennbarer Onaniesymbolik ausführt, hat es in der Bewältigung seiner Triebe bereits einen ersten Schritt getan, dem sich die weiteren bis zum Endziel der sozialen Leistung anschließen werden. Aber der Fortschritt geht wieder verloren, wenn das Kind die motorische Abfuhr im Spiel mit manifest-sexuellen Vorstellungen verbindet, wenn sein Interesse und seine Phantasietätigkeit sich also nicht mehr in der progressiven Richtung der Versachlichung bewegen, sondern regressiven Triebzielen zustreben. Nehmen wir den Fall, den Referent einmal in einer Mitteilung von Frau Klein schildern gehört hat, daß ein Kind in der Analysenstunde in einen offenen Schrank hinein- und dann wieder hinausspringt, dies fortgesetzt wiederholt und dabei im Sinne der von der Analytikerin vernommenen „Deutung" immer wieder erregt ausruft: „Ich springe in den Bauch der Mutter hinein, ich springe aus dem Bauch der Mutter heraus usw." Was soll nun mit den in solcher Weise freigesetzten Triebregungen des Kindes geschehen? Es kann gewiß nicht schwer fallen, ein Kind zu seinen primären Triebinteressen zurückzuführen und ihm ein ansehnliches Stück (perverser) Befriedigung zu gewähren, aber durch welchen Machtfaktor soll dann die am Ende doch unerläßliche kulturelle Einordnung des Kindes herbeigeführt werden, wenn man, wie Frau Klein fordert, die erzieherische Beeinflussung des Kindes in der Analyse streng verpönt? Und wie soll das Verhältnis des Kindes zum harmlosen Spiel wieder hergestellt werden? Referent konnte auf diese Fragen in keiner der Arbeiten von Frau Klein eine befriedigende Antwort finden.[1]

Die Kinderanalyse ist tatsächlich erst durch die energische Forderung der Autorin, daß in ihr die analytische mit der erzieherischen Leistung kombiniert werden müsse, von der in dieser Hinsicht hemmenden Vormund-

1) Ich möchte zur Vermeidung von Mißverständnissen ausdrücklich betonen, daß die von Frau Klein ausgearbeitete und als „Spieltechnik" bezeichnete Methode eine Anzahl sachlich von einander unabhängiger Stellungnahmen umfaßt, die man in der Diskussion auseinanderhalten muß. Man kann den Wert der von Frau Klein in die kinderanalytische Technik eingeführten Spielveranstaltungen sehr hoch einschätzen, — wie es auch Referent tut, — ohne zugleich ihre Ansichten über die Art der Deutung dieser Spiele sowie ihre antipädagogische Einstellung teilen zu müssen.

schaft der Erwachsenenanalyse emanzipiert worden. Wie die Autorin überzeugend darlegt, ist eben diese Vereinigung der beiderlei Aufgaben eine zwingende Notwendigkeit — wenn nicht eine *conditio sine qua non* — der analytischen Kinderbehandlung, der ihre Technik Rechnung tragen muß. Es ist einfach ein technisches Problem mehr, dabei im Sinne der Autorin den richtigen Ausgleich zu finden, und man möchte nur davor warnen, daß nach der allzu sklavischen Nachahmung der Erwachsenenanalyse in der Kinderanalyse nunmehr das andere Extrem Platz greift und die Analyse durch die Erziehung erdrückt wird. Die vielleicht heikelste technische Frage in diesem Zusammenhange ist natürlich die negative Übertragung, die man für die Analyse nicht entbehren und für die Erziehung nicht brauchen kann. Referent hält es nach den — an diesem Punkte leider allzu knappen — Ausführungen der Autorin immerhin für wahrscheinlich, daß uns hier die Theorie Schwierigkeiten vortäuscht, die in der Praxis gar nicht bestehen. Der negativen Übertragung nach Möglichkeit auszuweichen, bedeutet ja nicht soviel, daß dann der negative Anteil an der Persönlichkeit (Neurose) des Kindes von der Analyse verschont bleibt. Insbesondere wenn die Feststellung der Autorin vom geringeren Umfang der Übertragungsneurose beim Kinde zu Recht besteht, eröffnet sich die bequeme Möglichkeit, die negativen Regungen und Reaktionen des Kindes in der Relation zu seiner Umgebung — wohl meistens seinen Urobjekten — aufs intensivste analytisch-therapeutisch zu erfassen. Diese Verhältnisse sind uns — teilweise wenigstens — aus der Erwachsenenanalyse vertraut, da sich bekanntlich auch erwachsene Patienten nur allzuoft bemühen, ihre neurotischen Übertragungsaktionen draußen im Leben unterzubringen.

Es ist das unbestreitbare Verdienst der Autorin, daß sie in ihrer Technik die s i n n g e m ä ß e Anwendung der analytischen Therapie auf die Kinderbehandlung realisiert hat. Ihre Schrift hat eine grundsätzliche Klärung in der Kinderanalyse erzielt und ist dazu berufen, auf diesem schwierigen Gebiet eine hoffnungsvolle Entwicklung in die Wege zu leiten. **R a d ó (Berlin)**

K l e i n, Melanie, R i v i e r e, Joan, S e a r l, M. N., S h a r p e, Ella F., G l o v e r, Edward und J o n e s, Ernest: Symposium on Child Analysis. Int. Journal of Ps-A. VIII/3.

Im Anschluß an das Buch von Anna Freud „Zur Einführung in die Technik der Kinderanalyse" veranstaltete die „Britische Psychoanalytische Vereinigung" im Mai 1927 eine Diskussion über die Fragen der Kinderanalyse, die nunmehr im Druck vorliegt.

Das große Verdienst des Buches von Anna Freud ist es, in die viel erörterten Fragen nach den Möglichkeiten und der Technik der Kinderanalyse Ordnung gebracht zu haben. Diese Fragen waren vorher nicht nur viel erörtert, sondern auch affektiv umstritten gewesen — und man hat leider von der vorliegenden Diskussion auch nicht den Eindruck, daß sie affektfrei wäre.

Anna Freud hat die Modifikationen systematisch untersucht, die die Technik der Analyse erfahren muß, um bei Kindern angewendet werden zu können. Alle ihre Ansichten darüber sind auf dem Symposion heftig angegriffen worden, allerdings, wie uns scheint, zum Teil unter schweren Mißverständnissen, ja selbst neuen inneren Widersprüchen. — Wollen wir die von Anna Freud

glücklich beseitigte Konfusion nicht wieder einführen, so werden wir am besten auch bei der Besprechung des Symposions die Problemstellungen des Buches von Anna Freud zum Einteilungsprinzip wählen. Allerdings hat das Symposion diese Problemstellungen um eine etwas merkwürdige vermehrt, die wir vorwegnehmen müssen, nämlich um die Frage: Wie tief soll man Kinder analysieren? Diese Frage ist verschieden von der, wie tief man Kinder analysieren könne; zu letzterer meinte Anna Freud, man könne bei der Kinderanalyse nicht bis zu Erlebnissen vordringen, die jenseits der Sprachentwicklung liegen, welcher Meinung Frau Klein ebenfalls aus eigenen Erfahrungen widersprechen zu können glaubt. Auf jene andere Frage wird von vielen Rednern, besonders ausdrücklich von Frau Klein und Frau Riviere, die Antwort erteilt: Es kommt vor allem darauf an, den Ödipuskomplex in seinem vollen Umfange zu analysieren. Wir haben die Fragestellung vorhin als „merkwürdig" bezeichnet, weil diese Antwort für Psychoanalytiker doch wohl selbstverständlich ist. Frau Klein und Frau Riviere meinen aber, daß Anna Freud diese Selbstverständlichkeit vergessen habe und den Ödipuskomplex nicht oder nur irgendwie „unvollständig" analysiere. Auf welche Stellen des Anna Freudschen Buches glauben die Autorinnen einen so schweren Verdacht stützen zu können? Erstens darauf, daß Anna Freud sich darüber Gedanken macht, wie sich das Verhältnis der kleinen Patienten zu ihren Eltern nach vollzogener Analyse gestalten werde, da sie ja auch weiterhin in Abhängigkeit von den Eltern zu leben gezwungen sein werden. Aber das ist für Anna Freud ein Gedanke, der bei der Indikationsstellung Berücksichtigung findet; nichts berechtigt zu der Annahme, daß Anna Freud in den Fällen, in denen sie sich zur Analyse entschlossen hat, die Analyse des Ödipuskomplexes vernachlässige, um die Beziehungen zu den Eltern nicht zu sehr in Mitleidenschaft zu ziehen. Eine solche „Rücksichtnahme" würde Anna Freud für nicht weniger falsch halten als Frau Klein. Zweitens führt Frau Klein an, daß die Beispiele in Anna Freuds Buch nirgends eine Analyse des Ödipuskomplexes zeigen. Aber der Grund hiefür liegt doch wohl nicht darin, daß Anna Freud den Ödipuskomplex übersieht. Sie hebt ja ausdrücklich hervor, daß sie in ihrem Buche nur zeigen wollte, was sie anders macht als wir am Erwachsenen, und bei dieser Darstellungsweise war eben über die Analyse des Ödipuskomplexes beim Kinde nichts Besonderes zu sagen.

In mehreren Beispielen Anna Freuds, sagt Frau Klein, höre die Analyse auf, wo sie eigentlich beginnen sollte, nämlich beim Haß kleiner Mädchen gegen die Mutter, also beim Ödipuskomplex. Anna Freud hört aber wohl an diesen Stellen nicht mit der Analyse auf, sondern mit der Mitteilung ihrer Analysen. Frau Klein setzt sich über die Tatsache hinweg, daß ja Anna Freud in ihrem Buche keine erschöpfenden Kranken- und Behandlungsgeschichten wiedergibt, sondern einzelne technische Maßnahmen mit Beispielen belegt, die sie aus dem Material ihrer Analysen für die Zwecke der Illustration herausgreift. Es ist völlig unmöglich, aus solchen Fragmenten, die Anna Freud stets in einer bestimmten, genau angegebenen Absicht anführt, darauf zu schließen, was sonst in den betreffenden Analysen unternommen oder unterlassen worden ist. Das dritte Argument, Anna Freud analysiere nicht die negative Übertragung und damit auch nicht den Ödipuskomplex, soll später bei Besprechung der Übertragungsverhältnisse bei der Kinderanalyse Beachtung finden.

Nach Anna Freud muß die Kinderanalyse sich von der Erwachsenenanalyse unterscheiden *1)* in Hinsicht auf die Einleitung der Behandlung, *2)* in Hinsicht auf ihre Mittel, *3)* in Hinsicht auf das Verhalten des Analytikers nach Aufhebung von Verdrängungen.

Ad 1) Da das Kind keinen Heilungswillen und meist überhaupt keine Krankheitseinsicht hat, muß das Kind (gedacht ist an das Alter der Latenzzeit) erst in einer Einleitungszeit durch nichtanalytische Mittel analysefähig gemacht werden, z. B. durch Heilungsversprechen, alle Mittel der Werbung, nötigenfalls durch Angsterregung. Ähnliches erweist sich ja oft genug auch bei der Analyse von Erwachsenen als notwendig, besonders wenn es sich nicht um Neurotiker, sondern um sogenannte „Charakteranalysen" handelt. Anna Freud betont es auch, daß das kein prinzipieller und qualitativer Unterschied gegenüber der Erwachsenenanalyse ist; es bleibt aber doch ein quantitativer Unterschied als Folge der großen realen äußeren Abhängigkeit der Kinder. — Gegen die Einschaltung einer solchen „Vorbereitungszeit" sind zwei Einwände möglich: 1) Die Meinung, daß sie überflüssig sei, weil man auch ohne bewußte Einsicht des Analysanden in den Zweck der Analyse analysieren könne. Das ist eine Frage der Empirie. An und für sich kennen wir von der Erwachsenenanalyse her sehr wohl die Vorteile, die die bewußte Stellungnahme des Patienten für die Analyse mit sich bringt, und wir pflegen unseren Patienten im Widerstand zu sagen, wir seien allein zu schwach, gegen ihn anzukämpfen, und nur wenn der bewußte Anteil ihrer Persönlichkeit sich mit uns gegen die Widerstände verbünde, hätten wir Aussicht auf Erfolg. Es ist nicht recht einzusehen, warum man auf diese Vorteile verzichten sollte, wenn sie erreichbar sind. — Mehrere Diskussionsredner waren hier anderer Ansicht. Frau Klein hält es für inkonsequent, daß gerade Anna Freud, die die Differenzen zwischen Kindern und Erwachsenen so sehr betont, sich bemühe, beim Kind die gleiche bewußte Einstellung zur Analyse herzustellen wie beim Erwachsenen. Damit schiebe sie das Bewußtsein ganz besonders in den Vordergrund, während es doch die Psychoanalyse gerade mit dem Unbewußten zu tun habe, und im Unbewußten seien auch Kinder und Erwachsene gleich. Aber in dieser Argumentation unterläuft ein logischer Fehler: Jawohl, die Analyse hat es mit dem Unbewußten zu tun, aber nur, insoferne sie es aufdeckt und dem Bewußtsein unterwirft. Zur Durchführung der Analyse kommt es also selbstverständlich auf das Bewußtsein an; in anderer Weise hätte ja alles mit dem Unbewußten zu tun. Die wahre Differenz, meint Frau Klein, liege einzig im Bewußtsein: Das kindliche Ich sei noch nicht so weit entwickelt, stehe noch mehr unter der Herrschaft des Unbewußten. Deshalb lege sie gar kein Gewicht darauf, daß die Kinder bewußt einsehen, wozu die Analyse dienen soll. Auch beim Erwachsenen sei der „Genesungswunsch" etwas anderes, als was er zu sein scheine, und die Analyse müsse erst die unbewußten Erwartungen, die an die „Genesung" geknüpft werden, auflösen, um sie nicht zum Widerstand werden zu lassen (Nunberg). Sie scheint zu meinen: Also seien wir doch froh, daß diese Schwierigkeit bei den Kindern, die keinen Genesungswunsch haben, wegfällt! Aber daß sich hinter dem Genesungswunsch unbewußte Phantasien verbergen, hat nichts damit zu tun, daß doch die ganze Analyse von einer Zielvorstellung „Genesung" geleitet wird. Warum denn sollte der Analysand die Unannehmlichkeiten der Widerstandsüberwindung

auf sich nehmen? Aus Übertragungsgründen? Ja, das kann wohl sein. Aber ist es nicht besser, wenn Übertragungswünsche und eigener Verstand Hand in Hand gehen? — Vielleicht ist auch eine Analyse ohne jede Krankheitseinsicht beim Kleinkinde, an das Frau Klein denkt, leichter durchführbar als beim Kinde in der Latenzzeit, über das Anna Freud handelt. — Die Argumente von Frau Riviere und Frau Searl in dieser Angelegenheit sind von denen von Frau Klein kaum verschieden. Riviere geht so weit, zu meinen, alle Patienten würden bald von der Analyse weglaufen, bänden sie sich nicht affektiv an den Analytiker. Der bewußte Genesungswunsch leiste nie mehr als den Patienten zur ersten Konsultation zu bewegen. (Hier muß Ref. seiner analytischen Erfahrung nach unbedingt widersprechen. Die Vorteile eines bewußten Genesungswunsches für die weitere Analyse sind eklatant.) — Beim Kind übernehmen diese Funktion (zur ersten Konsultation zu bewegen) die Eltern. Und von der zweiten Stunde an brauche man auch beim Erwachsenen keinen Genesungswunsch mehr. Auch der Erwachsene habe nie völlige Krankheitseinsicht, manche Symptome lerne er ja erst im Verlaufe der Analyse kennen. (Aber manche haben ihn doch zum Arzt gebracht!) — Der Erwachsene verhülle diesen Mangel durch allerlei Rationalisierungen, die beim Kinde fehlen, was doch nur ein Vorteil sein könne. — Frau Searl aber meint, durch die Einleitungsperiode solle das Kind mit Hilfe von Kunstgriffen dazu gebracht werden, unbedingt die gleiche Icheinstellung der Analyse gegenüber einzunehmen wie der Erwachsene, während die richtige Technik die Verschiedenheiten des Ichs bei Kind und Erwachsenem zu berücksichtigen hätte. Daß Anna Freud auf Libido- und Über-Ich-Differenzen Rücksicht nehme, die Frau Searls Meinung nach nicht existieren, bezüglich des Ichs aber Gleichmacherei betreibe, mache ihr eine nähere Diskussion der Anna Freudschen Ansicht ganz unmöglich. Aber ist nicht gerade der Vorschlag einer „Einleitungsperiode" eine Rücksichtnahme auf die Ichdifferenz?

Beachtung verdient ein zweiter Einwand gegen die „Einleitungsperiode", die Meinung, daß so eine Vorbereitungszeit sehr unzweckmäßig sei, weil sie das unverfälschte Bild der Übertragung trübe. — Kein Zweifel, das tut sie. Das Ideal wäre, wenn der Analytiker in der Kur nur Spiegelbild wäre und dem Patienten gar kein reales Erleben an seiner Person ermöglichte, um den Übertragungscharakter der sich einstellenden Affekte nicht zu trüben. Aber die Erfahrung am Erwachsenen lehrt, daß ein Stück solchen „Einleitungserlebens" zwar ein Nachteil ist, aber keiner, der die Analyse überhaupt unmöglich machte. Man muß also Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen. Von dem einen Extrem, daß etwa ein Kind kommt, bereit, die Anweisungen des Analytikers zu erfüllen, um sich zu ändern, bei dem eine nichtanalytische „Einleitung" n u r nachteilig und auch von Anna Freud nicht befürwortet wäre, geht eine kontinuierliche Reihe bis zu jenem anderen, sicher nicht seltenen Extrem, daß ein Kind absolut analyseunfähig kommt, so daß die Frage nicht lauten kann: Behandle ich mit oder ohne „Einleitung"? sondern nur: Behandle ich mit „Einleitung" oder gar nicht? Dann hat man die P f l i c h t zu solcher „Einleitung", nimmt aber sicher Erschwerungen der Analyse mit in Kauf. Ist es ein Verstoß gegen die analytischen Regeln, wenn man darüber nachsinnt, wie sie auch in Fällen anwendbar gemacht werden können, in denen die „strenge" Analyse versagt? — Wie können nun die von den Kritikern mit

Recht hervorgehobenen Nachteile der Übertragungstrübung wettgemacht werden? Auf zweierlei Weise. Erstens könnten gewisse Tendenzen, vor allem Haßregungen, später statt in der Übertragung im Lebensverhalten analysiert werden. Eine volle „Übertragungsneurose" ist ja sehr selten, d. h. nur sehr selten werden wirklich sämtliche infantile Fixierungen in der Übertragung auf den Analytiker gelöst, meist geschieht das nur mit manchen (und vielleicht mit den entscheidenden), während ein Rest in der analytischen Besprechung des aktuellen Verhaltens des Patienten außerhalb der Analysenstunde erledigt wird. Zweitens ist das getrübte Übertragungsverhalten zwar schwerer zu deuten, aber nicht prinzipiell undeutbar. Gerade an den wichtigsten Stellen wird bei richtiger „Einleitung" der Übertragungscharakter der Gefühle oder Aktionen noch nachweisbar sein. Daß die Einleitungsperiode unter anderem schuld daran sei, daß das Kind gar keine brauchbare Übertragungsneurose entwickle, können wir Anna Freud nicht recht glauben.

Freilich hat Frau Klein recht: Wenn Anna Freud bei dem Bestreben, die bewußte Einsicht der Kinder zu wecken, Kastrationsangst und Schuldgefühl mobilisiert, so muß das später wieder analytisch aufgelöst werden. Aber nichts berechtigt zu der Annahme, die Frau Klein macht, daß Anna Freud darüber anders dächte, ebenso wie Frau Kleins, Nachweis, daß es auch beim Kinde überhaupt wirksame Übertragungsdeutungen gibt, ein Kampf gegen Windmühlen ist. Der Gegensatz, Anna Freud benutze Angst und Schuld, um die Bindung an den Analytiker zu vertiefen, Frau Klein dagegen löse sie analytisch auf und führe sie auf den Ödipuskomplex zurück (so formuliert Frau Klein), trifft ganz und gar nicht das Wesentliche, da Anna Freud das, was Frau Klein tut, auch nicht unterläßt, sondern höchstens die beiden Einstellungen nacheinander einnimmt. — In ähnlicher Weise hat Glover Anna Freud mißverstanden, da er ausführt: Beim Erwachsenen gelte es als Kunstfehler, libidinöse Konzessionen zu machen, um den Patienten zur Mitarbeit zu veranlassen, weil dieser, wenn man den kleinen Finger reiche, die ganze Hand wolle. Kinder dürften darin kaum anders sein. Stockt eine Analyse, so pflegen wir uns nicht zu fragen: Wo hätten wir dem Patienten mehr Befriedigung geben sollen? sondern: Wo ist es dem Patienten gelungen, sich unerlaubte Befriedigungen zu verschaffen? — Ist die Analyse einmal in Gang gekommen, so wird auch Anna Freud nicht anders vorgehen.

Ad 2) Bezüglich der Mittel der Kinderanalyse meinte Anna Freud: Die Deutung der Träume, Tagträume und Symptomhandlungen verwendet die Kinderanalyse ebenso wie die Analyse des Erwachsenen, aber zwei wichtige Mittel der Erwachsenenanalyse versagen beim Kinde: *a)* die freie Assoziation, *b)* die Übertragung.

Ad a) Wir können nicht meinen, daß das Ausbleiben der planmäßigen Assoziationsarbeit ein sehr schwerwiegender Mangel sei. Auch ungewollt gibt das Kind ja fortwährend freie Assoziationen, die Abkömmlinge des Unbewußten sind, wenn auch vielleicht mit etwas mehr Kritik. Auch besteht wohl auch hier ein großer Unterschied zwischen Kleinkind und Latenzzeitkind. — Hierin stimmen auch fast alle Diskussionsredner überein. Vielfach wird betont, daß es ja auch beim Erwachsenen nicht genüge, die geäußerten Worte zu beachten. Die Deutung des Wie, des Benehmens, der Aktionen werde beim Kinde eine größere Rolle spielen und jenen Mangel wettmachen können

(Riviere, Glover). Die sogenannte „Spieltechnik" von Frau Klein, für die außer Frau Klein selbst besonders Frau Searl und Frau Sharpe eintreten, ist ja nur ein Spezialfall der „Aktionsdeutung". Zu ihrer Beurteilung ist es wichtig, was Frau Klein auf die Kritik dieser Technik durch Anna Freud zu erwidern hat: Sie, Frau Klein, gebe dem Kinde nicht wilde Symboldeutungen; die Deutung werde erst berechtigt, wenn das Kind dieselbe Tendenz wiederholt und auf verschiedene Weise ausdrücke, z. B. durch Spiel, Wasserspiel, Zeichnen und Ausschneiden, und wenn die Handlungen mit Schuldgefühl, Angst oder dergleichen verbunden sind. (Und offenbar hat Frau Klein hier vollkommen recht. Anna Freud ist in diesem Punkte ihrem Vorgehen nicht gerecht geworden.) — Die dann erfolgende direkte Deutung, meint Frau Klein weiter, schalte das Ich aus; der Analytiker setze sich direkt mit dem Unbewußten des Kindes in Verbindung. (Und hier begibt sich Frau Klein wohl in eine theoretische Wirrnis. Die Verbindung, die der Analytiker sucht, soll ja *per definitionem* das Ich nicht ausschalten, sondern im Gegenteil, das Unbewußte dem Ich zur Verfügung stellen. Das Ich des Kindes wird ja auch bei der Spieltechnik in Wahrheit in keiner Weise ausgeschaltet: Der Kontakt wird ja durch Worte hergestellt, d. h. ja schon, er geht über das Ich Es kann nur gemeint sein: Das Ich des Kindes hat für die Symbolik noch ein unmittelbareres Verständnis als das des Erwachsenen.) — Die Deutungen werden mit Angst, Schuldgefühl usw. beantwortet und erst die Deutung dieser Reaktionen befreie dann wieder ein weiteres Stück unbewußter Phantasie.

Warum hat denn das Kind keine freien Assoziationen? Frau Klein gibt hiefür eine sehr interessante Erklärung: Nicht, weil das Kind noch keine in Worte faßbare Gedanken hätte, sondern weil A n g s t, d. h. W i d e r s t a n d, es vom freien Assoziieren abhält. Spiele seien entstelltere Abkömmlinge des Verdrängten als Worte, werden von der Zensur als weniger anstößig empfunden als diese. Je größer der Widerstand, desto weniger r e d e n, desto mehr a g i e r e n die Kinder (im Spiel), genau so wie die Erwachsenen. Deshalb assoziieren die Kinder (im Widerstand) wirklich nicht, aber a m E n d e der Analyse sollte alles auch in Worten ausgedrückt werden. Und diese Auffassung der Assoziationsverweigerung als einer Widerstandsäußerung leuchtet nach Analogien am Erwachsenen sehr ein. Frau Klein meint aber weiter: Das freie Assoziieren soll ja den Zweck haben, störende bewußte Gedanken, nämlich die zensurierende Tätigkeit, möglichst auszuschalten, und Anna Freud bezweifle, ob die Spieltechnik das auch leisten könne; aber sie brauche das gar nicht zu leisten. Es käme bei Kindern gar nicht darauf an, störendes Bewußtsein auszuschalten, — die Kinder perzipieren die Realität überhaupt nur, insoferne sie für sie unbewußte Bedeutung hat, — weil die Kinder noch ganz und gar vom Unbewußten abhingen, ein „schwaches Ich" hätten. Aber das ist wohl ein Irrtum: Da Kinder ü b e r h a u p t Widerstände produzieren, müssen sie auch eine zensurierende Tätigkeit ausüben, können sie nicht einfach eins sein mit ihrem Unbewußten. Wäre es so, so wäre ja eine Kinderanalyse ein Unding, denn was könnte „analysieren" bedeuten, sträubte man sich nicht gegen gewisse unbewußte seelische Tatbestände?

Ad b): Anna Freud meint, das Kind entwickle keine Übertragungsneurose, und zwar aus zwei Gründen: Erstens, weil die Kinderanalyse für das Kind nicht nur „Spiegel"erleben ist, sondern Originalerleben, zweitens, weil „die

erste Auflage noch nicht vergriffen ist", d. h. weil das nahe Zusammenleben mit den Eltern es dem Kinde noch ermöglicht, seine wesentlichen Erlebnisse an den Eltern selbst abzutun, so daß es keine Übertragung derselben von den Eltern auf den Analytiker nötig hätte. Beides ist sicher richtig, und doch würden wir meinen, daß beides wieder eingeschränkt werden muß. Gewiß: Die „Originalbedeutung" des Erlebens der Analyse ist für ein Kind eine andere als für einen Erwachsenen; die „Einleitungsperiode" trägt das ihre noch dazu bei. Wir führten aber bereits aus, daß die richtige „Einleitung" in der Regel die Übertragungsbildung überhaupt nicht und die Übertragungsdeutung nicht völlig verhindert. — Frau Klein polemisiert auch hierin recht heftig gegen Anna Freud. Der Analytiker, meint sie, sei auch in der Kinderanalyse nur dann nicht „reiner Spiegel", wenn die von ihr für verfehlt gehaltene Technik von Anna Freud eingeschlagen wird. Wenn ihre Patienten eine volle Übertragungsneurose entwickeln, so erkläre sich das eben durch die Verschiedenartigkeit der Technik. Die Unterstützung der positiven Bindung an den Analytiker durch Anna Freud und nicht die Natur des Kindes sei es, die die Entwicklung einer vollen Übertragungsneurose hintanhalte. Anna Freud schreibe auf S. 51, daß sie jede negative Einstellung des Kindes „sobald wie möglich abbauen und abschwächen" wolle; sie sollte sie aber analysieren und nur das könnte zur Aufdeckung der Übertragungsneurose führen. Anna Freuds Vorgehen sei nicht nur analytisch inkorrekt, sondern lasse die Kinder, die verhindert werden, ihren Haß in die Analyse zu tragen, ihren ganzen Haß gegen die Eltern richten. Tatsächlich hat Anna Freud nicht deutlich gesagt, was unter „abbauen und abschwächen" zu verstehen ist und ob das mit analytischen oder mit nichtanalytischen Mitteln erreicht werden soll. Keinesfalls aber bedeutet die Meinung, der volle Ödipushaß sei besser in der Beziehung zu einer dritten Person als in der Übertragung zu analysieren, der Ödipushaß solle unanalysiert bleiben. Auch Frau Riviere tut Anna Freud unrecht, wenn sie ausführt: Anna Freud begehe einen logischen Zirkel. Sie sage einmal, man könne Kinder nicht wie Erwachsene analysieren, weil sie anders seien, dann wieder, sie seien (in der Analyse) anders, weil man sie nicht so wie Erwachsene analysieren könne. Das scheint aus doppeltem Grunde ein ungerechter Vorwurf: Erstens wäre denkbar, daß solch ein Zirkel tatsächlich existiere, d. h. daß eine Wesensverschiedenheit des Analysenobjektes eine Änderung der Technik nötig machte, die dann ihrerseits auch einen anderen Verlauf der Behandlung zur Folge hätte. Zweitens stützt Anna Freud ihre Meinung vom Ausbleiben einer Übertragungsneurose nicht nur auf ihre „Einleitungsmaßnahmen".

Das Argument von der „vergriffenen ersten Auflage" kritisieren die meisten Redner (Klein, Riviere, Glover, Jones) mit einer theoretisch sicher richtigen, praktisch wohl nicht sehr belangvollen Überlegung: Sie weisen darauf hin, daß die Eltern des größeren Kindes, an die dieses fixiert ist, ja gar nicht die eigentlichen Objekte seines verdrängten Ödipuskomplexes sind. Dieser wurde an den Eltern früherer Zeiten erworben, durch seine Verdrängung entstanden die unbewußten Elternimagines, deren geeignetste Realvertreter natürlich auch späterhin die Eltern sind, so daß die Elternliebe eigentlich schon Übertragungsliebe ist. Die Richtigkeit dieser Überlegung ist voll

zuzugeben. Aber bleibt es nicht bestehen, daß zwar nicht die erste, aber die zweite Auflage noch vorhanden ist, daß die Eltern geeignetere Übertragungsobjekte sind als der neu ins Leben tretende Analytiker? Freilich glauben auch wir, daß genug freischwebende, objektsuchende, nach Übertragungsgelegenheit spähende Tendenzen beim Kinde immer vorhanden sind, um auch das Verhältnis zum Analytiker als durch die verdrängte Vergangenheit determiniert erscheinen zu lassen. Und doch zeigt gerade ein Argument, das hier zur Polemik gegen Anna Freud vorgebracht wurde, daß — zumindest in quantitativer Hinsicht — Anna Freud recht haben muß. Frau Riviere bemerkt, man wünschte zu wissen, in welchem Alter nach Anna Freuds Meinung die Fähigkeit zur Übertragung einsetze. Oft hätten ja auch erwachsene Patienten ihr ganzes Leben mit den Eltern verbracht. Wären auch solche Patienten übertragungsunfähig? Aber die Antwort darauf weiß jeder zu geben, der infantile Menschen mit starker Mutterfixierung zu analysieren versucht hat, während sie mit der Mutter zusammenlebten: Sie sind wirklich wenig geneigt, Übertragungen vorzunehmen, was ja die Schwierigkeit ihrer Behandlung ausmacht. Immerhin: Sie sind sicher in der Lage, überhaupt zu übertragen, — aber das meinen wir allerdings auch von den Kindern.

Wenn Anna Freud schroff sagt: Kinder bilden keine Übertragungsneurose, Klein, Riviere, Searl, Glover ebenso schroff: Die Übertragung der Kinder unterscheidet sich durch nichts von der der Erwachsenen, so wird die Wahrheit wohl wieder die sein: Auch hier gibt es eine kontinuierliche Reihe, an deren einem Ende Hysteriker stehen, deren „Übertragungsneurose" so klassisch vollständig ist, daß die ganze Analyse sich nur an der Beziehung zum Analytiker abspielt, an deren anderem Ende die Fälle, deren ganzes Wiedererleben infantiler Triebregungen außerhalb der Analysenstunde abläuft; und es klingt glaubhaft, daß sich Kinder — unbeeinflußt — häufiger mehr dem zweiten Ende zu einreihen. Auch an dieser Stelle sind Mißverständnisse zu klären. So meint Glover: Anna Freud widerspreche sich selbst, wenn sie die Übertragung für unmöglich erkläre und berichte, welche Übertragungsstürme sie mit ihren Einleitungskunstgriffen herstelle. Aber sie hat niemals „die Übertragung für unmöglich erklärt". — Immerhin würden auch wir meinen, daß auch in der Kinderanalyse die Bedeutung der Übertragungsdeutung eine grundlegende bleiben wird. So scheint auch uns mit Frau Klein fraglich, ob, wie Anna Freud meint, ein Kind, das die Mutter liebt, Fremde leicht haßt. Gerade solcher Haß könnte sich als die übertragene, von der Mutter losgelöste Haßkomponente einer ursprünglich ambivalenten Einstellung zur Mutter herausstellen. Auch die Bedenken, die Anna Freud hat, die Analyse könnte ein Kind zu sehr von den Eltern lösen, muß man wohl nicht in vollem Umfange teilen, doch wollen wir uns hier von dieser Frage, die uns zu sehr in soziale Probleme führen würde, nicht ablenken lassen.

Die Frage der Übertragung gibt im Symposion noch Frau Riviere zu einigen Formulierungen Gelegenheit, denen ganz scharf widersprochen werden muß. Sie meint das Argument von der „ersten Auflage" vernachlässige alles Wesentliche, was die Psychoanalyse über den Ödipuskomplex gelehrt habe, nämlich, daß er unbewußt sei. Auf den Analytiker werde ja nicht die reale Elternbeziehung der Aktualität übertragen, sondern Ödipuskomplex und prägenitale Phantasien; — diese aber „existieren nur intrapsychisch in der

‚Einbildung', wie wir es in der Alltagssprache ausdrücken können" — und „sind gänzlich unabhängig von jedem Zusammenhang mit der Realität, wie uns jede Übertragungsneurose zeigt". Diese Phantasien spielen im Unbewußten, ihre Objekte seien nicht der reale Vater, die reale Mutter, sondern ihre unbewußten Imagines. In diesen Fragen sollte man sich ganz klar ausdrücken, was Frau Riviere offenbar nicht getan hat. Der Ödipuskomplex wird an den realen Eltern erlebt. Das ist der große Fund der Psychoanalyse. Er wird dann verdrängt. Die Eltern der späteren Zeit sind dann im „zeitlosen" Unbewußten — so kann man wohl sagen — „Vertreter" der früheren Eltern aus der Zeit vor der Verdrängung. Man kann aber nicht die Realität der Ödipuswünsche leugnen. — Frau Riviere weist auf einen Patienten von vierzig Jahren hin, der im Alter von elf Monaten von den Eltern weggekommen ist, dessen Konversionshysterie aber doch ein Ödipuskomplex zugrunde lag. Obwohl er keine realen Eltern kannte, beschäftigte er sich in seiner Phantasie doch mit nichts anderem als mit „Eltern". Hier wird in der Polemik gegen Anna Freud aber doch wohl das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Erstens erfuhr das elternlose Kind doch, daß andere Kinder Eltern haben, zweitens machte es doch mit nichtelterlichen Erwachsenen reale Erfahrungen, die seine Phantasien über die Eltern speisten.

Schließlich kommt Frau Riviere sogar zur Formulierung: „*The phantasy, ‚I am worthless and good-for-nothing, because I wished to kill the father and could not' or ‚I am castrated, because I wished to enjoy my mother' is and remains a phantasy and has no relation to reality however. There is no real ground for a sense of guilt*". Hier wird also ganz ausdrücklich die Realität des Ödipuskomplexes geleugnet. Nach Freud werden Liebesverlust und Kastration als Strafe absolut real befürchtet, ebenso wie die anstößigen Gedanken selbst absolut auf die Realität zielen. Die Kinder versuchen wirklich den Vater zu töten, mit der Mutter zu schlafen. — Daß Frau Riviere diese Grundfeste der Psychoanalyse wirklich in Frage zieht, beweist sie, indem sie am Schluß ihrer Ausführungen noch einmal betont, daß sich alles Wesentliche nur in der Phantasie abspiele: Analyse als Wissenschaft, meint sie, sei nicht interessiert an der äußeren Realität, nicht an des Kindes oder des Erwachsenen Anpassung an die äußere Realität, nicht an Krankheit oder Gesundheit, nicht an Tugend oder Laster, sondern nur an den Phantasievorstellungen der kindlichen Seele.

Ad 3) Und nun das Verhalten des Kinderanalytikers nach der Aufhebung von Verdrängungen. Anna Freud entwickelte bekanntlich über die hiebei nötigen Modifikationen der Technik etwa folgende Gedankengänge:

Das Über-Ich des Erwachsenen ist in seine Ichorganisation so eingebaut, daß die Aufdeckung infantiler Triebregungen sofort und automatisch auch zu ihrer Verwerfung führt. Das Kind aber wird, wenn die Analyse es Toleranz gelehrt hat, auch Toleranz dem Ausleben gegenüber verlangen, sein Ich könnte sich noch für die aus der Verdrängung gehobenen Triebregungen entscheiden. Anna Freud macht die ausgezeichneten Beobachtungen über die „zweierlei Moral" der Kinder. Theoretisch: Das Über-Ich ist noch nicht voll introjiziert, die triebeinschränkenden Mächte sind noch weniger Gewissens-, noch mehr reale Kastrations- und Liebesverlustangst. Ein schon reinliches Kind kann z. B., wenn es seine Bindung an die Eltern lockert, wieder schmutzig werden. —

Auch da gibt es, worauf Frau Klein nachdrücklich hinweist, sicher beim Erwachsenen vielfach Ähnliches, alle Menschen handeln unbeobachtet anders als vor Beobachtern und alle werden weniger, als sie wahrhaben wollen, durch echtes Gewissen und mehr durch „soziale Angst" gezügelt. Und doch kann man gerne mit Anna Freud meinen, daß auch hier zwischen Kind und Erwachsenem ein quantitativer Unterschied bleibt. Frau Klein meint allerdings, daß so eingestellte Erwachsene nicht etwa in diesem Punkte infantil geblieben wären. Die doppelte Moral, meint sie, die in Gegenwart von anderen oder von Erwachsenen anders handeln lasse als beim Alleinsein oder beim Zusammensein mit anderen Kindern, sei eine Realitätsanpassung und als solche beim größeren Kinde stärker ausgebildet als beim kleinen. — Nun, dieser Widerspruch ist leicht aus der Welt zu schaffen. Solche sekundäre Realitätsanpassung gibt es gewiß, aber sie ist nicht identisch mit dem primitiven Verhalten bei Moralregulation durch äußere Angst, wenn sie auch ein ähnliches Bild bieten mag. Die Differenz liegt darin, daß der „sekundär Angepaßte" weiß, wenn er „unmoralisch" handelt, der Primitive in diesem Punkte „amoralisch" ist. Anna Freud hat gerade diesen Punkt seit ihrem Buche noch einmal in ihrem Innsbrucker Kongreßvortrag geklärt: Sie meint nicht, das Kind habe „kein Über-Ich". Dort, wo es eines hat, könne es auch genau so behandelt werden wie der Erwachsene. (Jones, der darauf hinweist, daß sich oft Kinder auch leichte Zurechtweisungen mit exzessiver Strenge zu Herzen nehmen und eine Selbstverdammung produzieren, die weit über den von den Erziehern erwünschten Erfolg hinausschießt, so daß die Kinder sehr darunter leiden und an dieser Stelle analytische Hilfe benötigen, Frau Klein und Frau Searl, die von ebensolchen Vorkommnissen sprechen, widersprechen also nicht Anna Freud.) Wo aber an Stelle des Gewissens noch ein Stück Außenwelt steht, da dürfe sich der Analytiker nicht scheuen, sich selbst in das Über-Ich des Kindes aufnehmen zu lassen, direkte Triebansprüche zu verwerfen, also zu erziehen. Das Erziehungsziel selbst stammt dabei natürlich nicht aus der Analyse. Analyse als Triebbefreiung und Erziehung als Triebunterdrückung widersprechen sich nicht, wenn sie hintereinander zur Anwendung gelangen: Analytische Befreiung von einer unzweckmäßigen Art der Unterdrückung, dann Erziehung zu einer anderen und zweckmäßigeren Art der Unterdrückung.

Sowohl diese theoretischen Überlegungen als auch ihre praktischen Konsequenzen waren in der Diskussion Gegenstand heftigsten Widerspruchs.

Beginnen wir mit der Theorie: Auf einem Mißverständnis beruhen Einwände von Frau Searl und von Jones. Frau Searl meint, da es Kinderneurosen gebe, müßten kindliche Libido und kindliches Über-Ich bereits so weit entwickelt sein, daß sie eine Neurose bilden können, also schon jedenfalls tief verankert sein, und Frau Klein spricht ähnlich. Aber das Problem ist ja eben, ob es nicht auch Neurosen geben kann, bei denen die Rolle des Über-Ichs durch die Angst vor der Außenwelt ersetzt ist. — Bei solchen Neurosen, meint Jones, wäre der neurotische Konflikt, der sich ja zwischen der Natur des Kindes und der verbietenden Macht der Eltern abspielte, ein äußerer Konflikt zwischen Individuen und nicht, wie die Psychoanalyse es bisher stets gefunden hat, ein innerer zwischen Teilen der Persönlichkeit; das aber sei unwahrscheinlich. — Das scheint uns ein Irrtum: Auch ein solcher Konflikt

wäre kein äußerer, sondern nur ein anderer innerer Konflikt, nicht der zwischen Trieb und Gewissen, sondern der zwischen Trieb und Strafangst, welche Angst doch auch ein psychischer Vorgang im Kinde ist.

Frau Klein und Frau Riviere entwickeln über die Entstehung des kindlichen Über-Ichs Ansichten, die denen von Anna Freud widersprechen und unsere bisherigen Ansichten über diese Frage modifizieren würden. Frau Klein stellt ganz im Gegensatz zu Anna Freud die These auf: Das Kind hat ein anders geartetes Ich als der Erwachsene, aber ein gleich strukturiertes Über-Ich. Die gefürchteten äußeren Momente seien nicht identisch mit dem bereits etablierten intrapsychischen Über-Ich. Drei- bis Fünfjährige hätten oft ein strenges Über-Ich, dessen Strenge in auffallendstem Maße kontrastiere gegen die reale Milde der wirklichen Eltern; dieser Gegensatz sei gelegentlich grotesk. — Die Über-Ich-Bildung beginne bereits lange vor dem Untergang des Ödipuskomplexes. (Kein Zweifel. Da aber solche einzelne „Moralidentifizierungen", z. B. die Ferenczische „Sphinktermoral", sich von dem nach Untergang des Ödipuskomplexes etablierten Über-Ich in wesentlichen Punkten unterscheiden, — Ref. hat in seiner Arbeit über „Identifizierung" diese Unterschiede zu präzisieren versucht, — ist es vielleicht besser, von „Vorstufen" des Über-Ichs zu sprechen. Frau Klein vernachlässigt die Differenzen zwischen solchen Vorstufen und dem eigentlichen Über-Ich, das einen eigenen strukturellen Anteil des psychischen Apparates ausmacht, völlig.) — Der Ödipuskomplex beginne nach ihren Erfahrungen am Ende des ersten oder im zweiten Lebensjahre; gleichzeitig beginne die Wirksamkeit des Über-Ichs. Der Ichunterschied bestehe u. a. darin, daß das erwachsene Ich mit einem strengen Über-Ich anders und besser fertig werden könne als das kindliche Ich. — Anna Freud meine, daß das Über-Ich sich im wesentlichen noch während der Latenzzeit bilde; ihrer eigenen Erfahrung nach gäbe es das aber alles schon in den ersten Lebensjahren. Alles Spätere sei nur mehr Ausbau über der bereits fixierten starren Grundlage. — Frau Klein und die ihre Ansicht teilende Frau Searl berichten auch über Fälle, bei denen eine reale milde Mutter und die Strenge des bereits etablierten Über-Ichs grotesk differierten.

Hier stehen sich die Ansichten von Frau Klein und von Anna Freud wirklich diametral gegenüber. An und für sich hat die Meinung von Anna Freud mehr Wahrscheinlichkeit für sich, schon weil das Lustprinzip das älteste Prinzip ist und das Kind erst dann seine Triebe abwehren wird, wenn es dazu gezwungen ist. Hat doch die Bildung des Über-Ichs den lustökonomischen Zweck, sich die Liebe der realen Eltern zu erhalten.

Frau Riviere entwickelt über die Genese des Über-Ichs folgende neue Anschauungen: Das Über-Ich basiere auf Identifizierungen, die ursprünglich mit Moral gar nichts zu tun hätten, sondern narzißtisch-libidinös seien. (Großseinwollen.) Solche Alltagsidentifizierungen würden später idealisiert und moralisiert, das Kind wolle dann nicht mehr so „groß", sondern so „brav" sein wie die Eltern. Das aber sei nur eine neue Erscheinungsform des alten narzißtischen Machthungers. — In dieser neuen Theorie der Bildung des Über-Ichs kommt der Ödipuskomplex nicht vor. Machthunger geht vor Libido. Die bisherige analytische Erfahrung lehrte aber: Das Kind will nicht die Triebe unterdrücken, um das Machtgefühl des Unterdrückenkönnens zu genießen, sondern, wenn die Angst vor den Eltern, später vor dem Gewissen, zur

Unterdrückung zwingt, kann es sich eventuell mit solchem Machtgefühl über die große Versagung trösten. — Die realen Eltern aber seien wieder keine Ideale, keine Inbegriffe des „Bravseins", das seien nur die Elternimagines. — Auch hier liegt wieder ein folgenschweres Mißverständnis vor: Wenn Freud sagt, das Über-Ich entstehe aus Identifizierung, ist nicht gemeint, das Kind wolle so brav sein wie die Eltern brav sind, sondern das Kind wolle so brav sein wie die Eltern es fordern; es übernimmt eine Forderung, z. B. in Vateridentifizierung den Verzicht auf die Mutter, während nicht nur kein realer Vater, sondern auch kein Vater in der Vorstellung des Kindes für seine eigene Person auf die Mutter verzichtet. — Der moralische Verzicht sei, fährt sie fort, nur die Introjektion der objektiven Notwendigkeit des Verzichts. Das Über-Ich sei entstanden aus der Erfahrung der Unerfüllbarkeit sexueller Kinderwünsche und ein narzißtischer Ersatz für dieselben. (Aber unerfüllbar sind sie zum größten Teil nicht ihrer Natur nach, sondern durch Verbote der Eltern.) — Nicht aber entstehe das Über-Ich bei Reinlichkeitserziehung u. dgl. (Wie? Ist es nicht gerade die Reinlichkeitserziehung, bei der das Kind die Erfahrung der Unerfüllbarkeit sexueller Kinderwünsche macht?) — Das Über-Ich sei eine Folge der Tatsache, daß die primitiven Triebwünsche in der Realität prinzipiell unerfüllbar seien. (Aber die Moral entwickelt sich im wesentlichen an den primitiven Triebwünschen, die prinzipiell erfüllbar wären, aber verboten werden, also nicht z. B. am Wunsch, Kinder zu kriegen, wohl aber an dem, mit der Mutter zu schlafen oder mit Kot zu spielen.) — Riviere ist aber in ihrer Auffassung konsequent: Sie meint weiter, daß der Umstand, daß die primitiven Phantasien nicht erfüllt werden können, im Wesen der Phantasien liege, nicht im Benehmen der Erziehungspersonen, und verweist als Beweis auf den Kannibalismus. Sie hält das Schuldgefühl für aus der Tatsache der kindlichen Inferiorität hervorgegangen, nicht in dem Sinne, daß das Kind sich gegen die Erzieher nicht wehren könne, sondern in dem, daß das Kind zu schwach sei, seine Triebwünsche zu befriedigen. Das sei durch schwere Neurosen bei milden Eltern, Gesundheit bei strengen Eltern bewiesen. Dieser Beweis ist leicht widerlegbar: „Strenge" ist ein relativer Begriff. Gerade bei „milden" Eltern, die verwöhnen, ist die allergeringste Mahnung unter Umständen eine schwere Versagung. Auch hängt es weitgehend von dispositionellen Momenten ab, was Kinder als „streng" perzipieren. — Und nach Freuds Beispiel: „Zu ebener Erde und im ersten Stock", dürfte das Proletarierkind, das weniger zur Verdrängung angehalten werde keine oder nur geringere Neurosen entwickeln, was aber offenkundig nicht der Fall sei. Wie? Sind denn Proletarierfrauen nie streng zu ihren Kindern? Werden bei Proletariern Kinder nie geschlagen?

Die praktischen Konsequenzen von Anna Freud, die Meinung, Über-Ich-Defekte seien durch pädagogische Eingriffe des Kinderanalytikers zu ersetzen, werden dann noch mit zweierlei Argumentation angegriffen: Erstens mit der Begründung, solche Eingriffe seien unmöglich, zweitens mit der, sie seien unnötig. — Unmöglich scheinen sie Frau Klein und Frau Searl, weil sie sich keine Kombination von Triebtoleranz und Triebunterdrückung denken können, obwohl doch der bloße Gedanke an ein Nacheinander der beiden Einstellungen die Denkmöglichkeit ergibt. — Unnötig erscheinen sie ebenfalls Frau Klein und Frau Riviere. Beide glauben, sich auf das kindliche

Über-Ich nicht anders als wie auf das erwachsene verlassen zu können; beide halten die Neigung, die aus der Verdrängung gehobenen Triebe direkt zu befriedigen, für passagère Aktionen, die durch weitere Analyse beseitigt werden können. Dafür bringt Frau Klein ein Beispiel: Ein kleines Mädchen benahm sich genau so wie Anna Freuds kleine Patientin, die nach Analyse der Analerotik anale Spielereien aufnahm. Aber sie war dabei gar nicht befriedigt, sondern hatte Angst und Strafbedürfnis. Das änderte sich nach Analyse des Ödipuskomplexes. Wenn diese unterbleibt, so ist das also ein analytischer und kein pädagogischer Fehler.

Weder der Bericht noch die technischen Konsequenzen können angezweifelt werden. Aber ein ähnlicher Fall kann auch einmal anders liegen: Die anale Betätigung kann eine Widerstandsaktion sein, die der Analyse die nötige Libido entzieht. Durch intensive Aktionen kann die Analyse sabotiert werden und Ferenczi hat in solchem Fall das „aktive" Verbot als Kunstgriff gelehrt, der zur Ermöglichung weiterer Analyse dient. In Anna Freuds Fall war der „pädagogische Eingriff" solche „Aktivität", die die Analyse des Ödipuskomplexes nicht ersetzen, sondern ermöglichen sollte.

Frau Riviere sagt, Analyse lehre immer, Versagungen zu ertragen. Da Ödipuskomplex und prägenitale Phantasien prinzipiell unerfüllbar seien (?), brauche man da nichts zu befürchten. Und der Drang zur Onanie oder zu manchem prägenitalen Tun werde, wenn das Kind sich mit der Tatsache der Unbefriedigbarkeit des Ödipuskomplexes abgefunden habe, in seiner Intensität nachlassen. Damit aber auf den Ödipuskomplex verzichtet werde, müsse er in seinem vollen Umfang analysiert werden. (Wieder als ob Anna Freud darin anderer Meinung wäre). — In der Analyse lerne das Kind die phantastische Natur seiner Wünsche kennen und damit auf sie verzichten.

Demgegenüber muß festgehalten werden, daß die Meinung, ein ungehemmter Trieb trage seine Hemmung immanent in sich, ein Unding ist, ganz unabhängig davon, ob man mit Anna Freud für manche Fälle meint, die Hemmung müsse noch nach der Analyse gesetzt werden, oder mit Frau Klein auf die früher vom Milieu (und eventuell der Phylogenie) gesetzten Hemmungen vertraut.

Dieses Vertrauen auf das Milieu bedingt auch die Differenzen der Ansichten von Anna Freud und Frau Klein in bezug auf die Indikationsstellung der Kinderanalyse. Sicher könne man, meint Frau Klein, bei neurotischer Umgebung oft die Neurose eines Kindes nicht ganz beheben, aber selbst dann könne man viel machen, um eine bessere Entwicklung zu gewährleisten. Andersartige theoretische Überlegungen seien durch die Erfahrung widerlegt. Am Ende der Analyse sei das Verhalten des Kindes zur Umgebung immer besser, es werde sozialer und lerneifriger. Natürlich wäre es wünschenswert, daß die Eltern einsichtig sind und bei der Analyse helfen. Das sei aber ein selten zu erfüllendes Ideal. Wenn Anna Freud sage, nur bei Eltern, die Vertrauen in die Analyse setzen, sei eine Kinderanalyse durchzuführen, so sei das nicht richtig, weil ein solches „Vertrauen" nur bewußt sei und nichts für das Unbewußte der Eltern garantiere Umgekehrt hätten oft Gegner der Analyse (Kinderfrauen) unbewußt sehr viel Verständnis. In der Praxis müsse man immer mit einer Feindseligkeit der Eltern rechnen, aber dieses Hindernis sei nicht unüberwindbar.

An dieser Stelle — bei Besprechung der Einwände gegen Anna Freuds Ansichten über Pädagogik und Analyse — ist wohl auch das Referat über den Beitrag von Frau Sharpe angebracht, die aus einem kleinen Erlebnis mit einer fünfzehnjährigen Patientin nicht nur den gewiß richtigen Schluß auf die unumgängliche Notwendigkeit der Analysiertheit des Kinderanalytikers zieht, sondern darüber hinaus zu dem Resultat kommt, die Meinungen, daß ein Kind zu jung sei zur reinen Analyse, daß eine Verquickung der Analyse mit Pädagogik notwendig sei, entstünden wahrscheinlich aus dem Umstand, daß im ungenügend analysierten Analytiker selbst ein ebenso tief verankertes sexualverdammendes Über-Ich wirke wie im Kind.

Man sieht, die Differenzen in den Anschauungen der Kinderanalytikerinnen sind nicht gering. Zum Teil reduzieren sie sich darauf, daß Anna Freud vorwiegend an das Alter der Latenzzeit, die Rednerinnen an früheres Alter denken. Zu einem größeren Teil waren Mißverständnisse vorhanden, die aufzuklären dieses Referat sich bemüht hat. Aber es bleibt ein großer Rest von Fragen, bei denen keine Einigung zu erzielen ist. Wir wollen versuchen, die Übersicht über diese Fragen herzustellen, indem wir zum Schluß die im Verlaufe des „Symposions" von den verschiedenen Rednern geäußerten Ansichten in Form von Thesen übersichtlich zusammenstellen:

1) Wie tief kann und soll man Kinder analysieren?

a) Man kann bei der Kinderanalyse nicht bis zu Erlebnissen vordringen, die jenseits der Sprachentwicklung liegen. (Anna Freud.)

b) Es kommt vor allem darauf an, den Ödipuskomplex in seinem vollen Umfange zu analysieren. (Alle Autoren, besonders Klein und Riviere, so, als ob sie mit dieser Meinung gegen Anna Freud polemisierten.)

2) Einleitung der Analyse:

a) Um einen Genesungswunsch herzustellen, sind in der Einleitung der Behandlung, besonders im Alter der Latenzzeit, nichtanalytische Kunstgriffe erforderlich. (Anna Freud.)

b) Solche Kunstgriffe verhindern später die Analyse der Übertragung und sind deshalb zu verwerfen. (Klein, Glover.)

c) Solche Kunstgriffe sind auch überflüssig. Kinder brauchen keine Krankheitseinsicht, es ist nur ein Vorteil, wenn der „Genesungswunsch" wegfällt. (Klein.)

d) Der Genesungswunsch bringt auch den Erwachsenen nur zur ersten Konsultation, später ist er nur Hindernis. (Riviere.)

e) Die Kunstgriffe sind deshalb unnötig, weil sie das Ich des Kindes mit Gewalt dem Ich des Erwachsenen anpassen wollen, statt auf den tatsächlich vorhandenen Unterschied Rücksicht zu nehmen. (Searl.)

3) Frage der freien Assoziation:

a) Kinder sind nicht oder nur zeitweise zu systematischer freier Assoziation zu bewegen. (Alle.)

b) Dieser Mangel wird vollkommen ausgeglichen durch Anwendung der „Spieltechnik". (Klein, Searl, Sharpe.)

c) Dieser Mangel wird vollkommen ausgeglichen durch Beachtung des allgemeinen Benehmens, der Gesprächsthemen, der Handlungen der Kinder. (Riviere, Glover.)

d) Dieser Mangel ist ein Zeichen des Widerstandes; am Ende der richtig geführten Analyse besteht er nicht mehr. (Klein.)

4) Übertragung:

a) Kinder bilden keine volle Übertragungsneurose aus. (Anna Freud.)

b) Die Übertragung ist bei Kindern nicht anders als bei Erwachsenen. (Klein, Riviere, Searl, Glover.)

c) Nur bei Anwendung Anna Freudscher Kunstgriffe bleibt die Übertragungsneurose aus; solches Ausbleiben ist die Folge einer fehlerhaften Technik. (Klein.)

d) Die Wirkung der Anna Freudschen Kunstgriffe ist allein bereits Beweis für die Übertragungsfähigkeit der Kinder. (Glover.)

e) Die realen Eltern sind nicht die Objekte der ursprünglichen Ödipusregungen, sondern bereits Vertreter von Imagines, die nach dem Vorbilde der Eltern aus noch früherer Zeit gebildet wurden. (Klein, Riviere, Glover, Jones.)

f) Die realen Eltern sind deshalb nicht die Objekte der ursprünglichen Ödipusregungen, weil diese Regungen selbst rein phantastisch und nicht real sind. (Riviere.)

5) Das kindliche Über-Ich:

a) Die Introjektion des überichbildenden Objektes ist beim Kinde noch nicht vollendet. Die Triebhemmung des Kindes erfolgt häufig noch nicht aus Gewissensangst, sondern aus Kastrations-, resp. sozialer Angst. (Anna Freud.)

b) Das Über-Ich entwickelt sich sehr früh, es ist bei Kindern ganz besonders starr und streng. (Klein, Searl.)

c) Diese Strenge kann so grotesk sein, daß man dem Kinde in seiner Hilflosigkeit gegenüber seinem Über-Ich beistehen muß. (Jones.)

d) Zwischen eigentlichem Über-Ich und seinen „Vorstufen" besteht kein Unterschied. Das Über-Ich ist im zweiten bis dritten Lebensjahr fertig gebildet. (Klein.)

e) Die Existenz kindlicher Neurosen ist ein Beweis für die Wirksamkeit des kindlichen Über-Ichs. (Klein, Searl.)

f) Der neurotische Konflikt könnte auch statt zwischen verdrängtem Trieb und dem Über-Ich gehorchenden Ich sich zwischen verdrängtem Trieb und Angst vor dem Objekt in der Außenwelt abspielen. (Anna Freud.)

g) Einer solchen kindlichen Neurose läge dann kein innerer, sondern ein äußerer Konflikt zugrunde, was höchst unwahrscheinlich wäre. (Jones.)

h) Die Rücksichtnahme auf äußere Objekte bei der moralischen Beurteilung ist nicht ein Zeichen unvollständiger Introjektion des Über-Ichs, sondern eine Realitätsanpassung, daher bei großen Kindern und Erwachsenen häufiger als bei kleinen Kindern. (Klein.)

i) Das Über-Ich bildet sich nicht an elterlichen Verboten, sondern an der sachlichen Unmöglichkeit der Erfüllung der kindlichen Sexualwünsche. (Riviere.)

6) Analyse und Pädagogik:

a) Die unvollständige Verinnerlichung des kindlichen Über-Ichs macht eine praktische Ergänzung der Kinderanalyse durch pädagogische Maßnahmen notwendig, die die Verurteilung der aufgedeckten Triebregungen herbeiführen. (Anna Freud.)

b) Analyse und Pädagogik können in keiner Weise kombiniert werden, weil diese Triebe verurteilt, jene Triebe toleriert. (Klein, Searl.)

c) Nach der vollständigen Analyse des Ödipuskomplexes sind besondere pädagogische Maßnahmen überflüssig. (Klein.)

d) Sie sind auch überflüssig, weil jede Analyse automatisch die Möglichkeit zum Verzicht gibt. (Riviere.)

e) Der Glaube an die Notwendigkeit pädagogischer Maßnahmen ist häufig nur eine Folge der Unanalysiertheit des Analytikers. (Sharpe.)

Fenichel (Berlin)

PSYCHOANALYTISCHE BEWEGUNG

Emanuel af Geijerstam †

Anfang Mai dieses Jahres starb Doktor Emanuel af Geijerstam in Göteborg, mitten in seiner Tätigkeit, in einem Alter von 60 Jahren. Mit ihm hat Schweden einen seiner besten Psychotherapeuten verloren.

Geijerstam, früher als guter Hypnotiseur bekannt, war seit 1911/1912 als Analytiker tätig. Er hat über psychoanalytische Fragen mehrere Arbeiten veröffentlicht. In gewissem Sinne hat er sich zwar stets als einen Gegner der Psychoanalyse betrachtet, wie ich aber aus seinen Briefen an mich weiß, fand er die Unterschiede zwischen seinen Anschauungen und denen der Psychoanalyse immer geringer, besonders nach der Publizierung der letzten Arbeiten Freuds; er suchte während der letzten Zeit Beziehungen mit Psychoanalytikern anzuknüpfen. Da er ein edler, begabter Mensch und ein gewissenhafter, gründlicher Therapeut war, der sich nie mit oberflächlichen, kurzen Analysen begnügte, wäre dies gewiß ein Gewinn auch für die Psychoanalyse gewesen. Trotz seiner Kritik empfahl er stets das Studium der Schriften Freuds und hat so viel zu ihrer Verbreitung in Schweden beigetragen.

Von Geijerstams Schriften erwähne ich folgende: Über die Psychoanalyse der Züricher Schule (Zeitschrift für Psychotherapie 1918), Nagra ord om den anagoga psychoanalysen [Einige Worte über die anagoge Psychoanalyse] (Svenska läkaretidningen 1920), Nagra ord om den religiösa känslan och narcissmen fran psychoanalytisk synpunkt [Einige Worte über das religiöse Gefühl und den Narzißmus vom psychoanalytischen Standpunkte] (Hygiea 1923), Anförvandternas roll i den psychoanalytiska kuren [Die Rolle der Verwandten in der psychoanalytischen Kur] (Svenska läkaretidningen 1927). Einiges über das religiöse Gefühl und den Narzißmus vom psychosynthetischen Standpunkte (Fortschritte der Sexualwissenschaft und Psychoanalyse, I. Band).

Alfhild Tamm

KORRESPONDENZBLATT
DER
INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Redigiert von Anna Freud, Zentralsekretärin

Berichte der Zweigvereinigungen

American Psychoanalytic Association

Die 16. Jahresversammlung der American Psychoanalytic Association wurde am 8. Juni 1928 in Minneapolis, Minnesota, abgehalten. Minneapolis wurde als Ort gewählt, um eine gemeinsame Sitzung der Psychoanalytic Association mit der American Psychiatric Association zu ermöglichen. Aber wegen der großen Entfernung dieses Ortes von der Atlantischen Küste, an der die meisten Mitglieder der Psychoanalytischen Vereinigung ihren Wohnsitz haben, war die Anzahl der anwesenden Mitglieder so gering, daß keine Geschäftssitzung abgehalten werden konnte.

Den Vorsitz in der gemeinsamen Sitzung mit der American Psychiatric Association führte der Präsident der letzteren, Dr. Adolf Meyer, in Vertretung des erkrankten Präsidenten der Psychoanalytischen Vereinigung Dr. William A. White. Es wurden zwei Vorträge abgehalten:

Dr. C. P. Oberndorf: Die Psychoanalyse von Geschwistern.

Dr. Gregory Zilboorg: Dynamik der schizophrenen Reaktionen aus Anlaß von Schwangerschaft und Geburt. (Erscheint in dieser Zeitschrift. Anm. d. Red.)

In der selbständigen Sitzung der Psychoanalytischen Vereinigung führte Dr. H. S. Sullivan den Vorsitz. Als Vorträge wurden gehalten:

Dr. Karl Menninger: Psychoanalytische Beobachtungen über die Mental-Hygiene-Probleme bei Collegestudenten.

Dr. J. H. Cassity: Das Schuldgefühl bei funktioneller Epilepsie.

Die gemeinsame Sitzung war sehr gut besucht, die meisten der Anwesenden aber waren Psychiater mit wenig Interesse für die Probleme der Psychoanalyse. Bei der psychoanalytischen Sitzung, die von etwa 40 Personen besucht

war, war kaum die Hälfte der Anwesenden mit dem Arbeitsgebiet wirklich vertraut. Aus diesen Gründen war die Diskussion aller Vorträge nur eine kurze.

Dr. C. P. Oberndorf,
Schriftführer

British Psycho-Analytical Society

II. Quartal 1928

2. Mai 1928. Miß N. Searl: Beobachtung eines paranoischen Mechanismus in einer Kinderanalyse. — Bei einem Knaben mit paranoischen Zügen zeigte sich in Träumen und im Spielmaterial die Bedeutung der folgenden Phantasie von oraler Impotenz: „Der Vater hat die Mutter beim Koitus ausgeleert (ihr Milch, Kot usw. genommen). (Auf der oralen Stufe ist ‚trinken' oder ‚essen' oder ‚saugen' = Koitus.) Darum kann ich nichts mehr von ihr bekommen. Er ist jetzt der ‚Betrunkene', in seinem Körper (Penis-Partialobjekt) ist das, was ich haben möchte, und ich muß es von ihm bekommen."

16. Mai 1928. Dr. Edward Glover: Die Ätiologie des Alkoholismus. — Überblick über die Krankheitsbilder verschiedener alkoholischer Zustände zur Illustration der Hemmung und des Durchbruchs der Phantasiebildungen, des Inhalts der Phantasien und der Tendenz zur Hypertrophie der primitiven Ichfunktionen (i. e. Projektion). — Systematische Zusammenstellung der bisherigen psychoanalytischen Ergebnisse über den Alkoholismus: Libidofixierung und Regression (mit besonderer Berücksichtigung der oralen Fixierung); Ichregressionen und Funktionsstörungen des Über-Ichs (z. B. Regression); besondere Betonung der Rolle der Kastrationsangst. Versuch einer Parallele zwischen Alkoholismus und den Psychoneurosen einerseits, den narzißtischen Psychoneurosen und den Perversionen andererseits. (Erscheint im Auszug in den Proceedings of the Royal Society of Medicine.)

6. Juni 1928. Dr. Edward Glover berichtet ein interessantes Beispiel einer Deckerinnerung. Hinter der Erinnerung an eine zufällige Verbrennung an der Hand konnte die Erinnerung an die Zirkumzision bewußt gemacht werden.

20. Juni 1928. Allgemeine Diskussion über verschiedene Erscheinungsformen des Widerstandes während der analytischen Behandlung.

Dr. Douglas Bryan,
Schriftführer

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

II. Quartal 1928

15. April 1928. Vortrag Dr. Simmel: Aus der psychoanalytischen Klinik.

24. April 1928. Diskussion über den Vortrag Dr. Simmel: Drs. Hárnik, Eitingon, Alexander, Radó, Frau Horney, Boehm, Frau Müller, Wulff (a. G.).

12. Mai 1928. Diskussion über die „Möglichkeit einer psychoanalytischen Pädagogik". Einleitendes Referat: Dr. Bernfeld. Korreferat: Anna Freud (Wien, a. G.), Diskussion: Drs. Simmel, Fenichel, C. Müller-Braunschweig, Alexander, Sachs, Staub (a. G.), Hárnik, Schultz-Hencke, Radó.

22. Mai 1928. Kleine Mitteilungen. Dr. Simmel: Zwangsneurotischer Mechanismus bei der Bewältigung eines aktuellen Konfliktes. Diskussion: Drs. Hárnik, Sachs, Radó, C. Müller-Braunschweig, Bally (a. G.).

9. Juni 1928. Frau Dr. Ruth Mack-Brunswick (New York, a. G.): Nachtrag zu Freuds „Geschichte einer infantilen Neurose". Diskussion: Drs. Wulff (a. G.), Alexander, Boehm, Simmel, Horney, Radó, Eitingon, Costa (Hamburg, a. G.).

19. Juni 1928. Kleine Mitteilungen. Dr. Sachs: Über das Auftauchen verdrängter Erinnerungen zu Beginn der Analyse in zwei Fällen. — Dr. Fenichel: Eine Traumanalyse.

*

Die Gesellschaft veranstaltete in ihrem Institut (Berlin W. 35, Potsdamer Straße 29) im Frühjahrsquartal (April—Juni) 1928 folgende Kurse:

a) Obligatorische Kurse:

1) Ernst Simmel: Spezielle Neurosenlehre, I. Teil (Übertragungsneurosen). 7 Stunden. (Hörerzahl: 35.)

2) Hanns Sachs: Über Symbolik und Deutungskunst in Anwendung auf literarische Werke. Seminar. Nur für Ausbildungskandidaten und ausübende Analytiker. 7 Stunden. (Hörerzahl: 23.)

3) Otto Fenichel: Freud-Seminar: Krankengeschichten, 2. Teil. 14 Stunden. (Hörerzahl: 23.)

4) Jenö Hárnik: Kasuistik aus der psychoanalytischen Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Indikationen. 7 Stunden. (Hörerzahl: 17.)

5) Harald Schultz-Hencke: Handhabung der Traumdeutung in der psychoanalytischen Therapie. Seminar. 7 Stunden. (Hörerzahl: 20.)

6) Karen Horney, Sándor Radó: Technisches Kolloquium. Nur für Ausbildungskandidaten, bzw. ausübende Analytiker. 8 Stunden. (Hörerzahl: 14.)

7) Max Eitingon u. A.: Praktisch-therapeutische Übungen (Kontrollanalysen). Nur für Ausbildungskandidaten.

8) Otto Fenichel: Zwanglose psychoanalytische Besprechungen.

b) Fakultative Kurse:

9) Siegfried Bernfeld: Psychoanalytische Besprechung praktisch-pädagogischer Fragen.

10) Karen Horney: Psychoanalyse und Gynäkologie. 5 Stunden. (Hörerzahl: 11.)

11) Franz Alexander: Über Sublimierungen und ihre Pathologie (Berufshemmungen und Künstlerneurosen). Seminar. 5 Stunden. (Hörerzahl: 22.)

12) Karl Müller-Braunschweig: Seminar zur Einführung in die Behandlung psychoanalytisch-philosophischer Grenzfragen. 8 Stunden. (Hörerzahl: 6.)

Dr. Sándor Radó,
Schriftführer

Adressenänderungen:

Das „Berliner Psychoanalytische Institut, Poliklinik und Lehranstalt" wurde am 1. Oktober 1928 nach Berlin W 62, Wichmannstraße 10, verlegt.

Neue Adresse von H. Dr. Max Eitingon: Berlin-Dahlem, Altensteinstraße 26.

Dr. Wilhelm Wittenberg †

Am 31. August d. J. starb in München an einem Schlaganfall das Mitglied der „Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft" Dr. med. Wilhelm Wittenberg. Geboren am 15. September 1874 zu Duisburg, beendete er das humanistische Gymnasium in Wiesbaden, studierte darauf in Heidelberg, München und Berlin Medizin. Nach Beendigung seiner Studien wendete er sich zuerst der Dermatologie, darauf der Psychiatrie zu und arbeitete als Volontärassistent bei Kraepelin. U. a. angeregt durch das Auftreten der Traumtänzerin Madeleine, wandte er sich mehr und mehr der Neurosenlehre und der bei seiner Niederlassung (1908) noch jungen Psychoanalyse zu. Bei der Gründung der Münchener Ortsgruppe der „Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung" wurde er zum Sekretär dieser zuerst zu großen Hoffnungen berechtigenden Zweigvereinigung gewählt und blieb es bis zu der Auflösung dieser Ortsgruppe während des Weltkrieges. Im Jahre 1919 wurde Wittenberg Mitglied der Berliner Zweigvereinigung der „Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung". Der Verstorbene hat sich an dem wissenschaftlichen Leben der ehemaligen Münchener Ortsgruppe mit Referaten und Diskussionsbemerkungen lebhaft beteiligt, in verschiedenen wissenschaftlichen Vereinen, wie z. B. in der „Münchner Psychologischen Gesellschaft" häufig das Wort ergriffen und nebenbei seine vielseitigen künstlerischen Interessen gepflegt.

Auch nach der Auflösung der Ortsgruppe seiner zweiten Heimat blieb er der Psychoanalyse treu, als einziger Schüler Freuds in der süddeutschen Großstadt, als „einziger extremer Freudianer", wie er in München allgemein genannt wurde. Als solcher hat er die wissenschaftlichen Errungenschaften Freuds überall treu und furchtlos vertreten.

Als einer der ersten Analytiker hatte Wittenberg erkannt, daß nur derjenige analysieren kann, der sich selber kennt, und sich deshalb einer gründlichen Lehranalyse unterzogen. Seine hervorragendsten Charaktereigenschaften waren wohl die gleichbleibende Liebenswürdigkeit und Hilfsbereitschaft und seine Treue, — mit der er bis zu seinem frühzeitigen Tode für das Werk Freuds eingetreten ist.

Unsere „Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft" hat ihn leider nie in ihrem Institut begrüßen dürfen, aber auf allen Kongressen war er ein gerne gesehener Teilnehmer, dessen liebe, vertraute Züge uns nun fehlen werden.

Die Veröffentlichung größerer origineller wissenschaftlicher Arbeiten, an die er viel Zeit und Mühe verwendet hatte, hat sein früher Tod leider verhindert.

Für die „Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft":

Felix Boehm

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

II. Quartal 1928

13. April 1928. Mütter-Tagebücher. Eine Auswahl von Beobachtungen. 1) Frau Dr. Eisler (a. G.): Entwicklungsgang der Todesangst und der Todeswünsche bei einem Knaben. — 2) Frau Dr. Hermann (a. G.): Saugen, Lutschen, Hand- und Nabelerotik bei zwei Mädchen.

28. April 1928. Dr. W. Reich (Wien, a. G.): Handhabung der Übertragung. — Formulierung des „Charakterwiderstandes" als eines Ausdrucks der narzißtischen Abwehrmechanismen. Der Charakterwiderstand ist eine bestimmte Form von Ichwiderstand und äußert sich vor allem im Verhalten des Patienten, in der Form seiner Mitteilungen. Charakteranalyse als Mittel, durch analytische Zersetzung des narzißtischen Panzers den Patienten analysefähig zu machen. Die Charakteranalyse gehört also an den Anfang der Analyse. Indikation besonders bei schweren Charakterneurosen, femininen, affektlahmen und allen Formen narzißtischer Charaktere. — Durch die Analyse der Haltungen wird die negative Übertragung besonders gut analysierbar. Weitere Aufgabe der Übertragungstechnik: Erzielung einer genitalen Übertragung, endgültige Beseitigung des neurotischen Charakters und der neurotischen Reaktionsweise durch Erreichung der voll genitalen Befriedigung.

4. Mai 1928. Dr. S. Ferenczi: Psychoanalyse und Kriminalität. — Zusammenfassende Darstellung der psychoanalytischen Gesichtspunkte auf dem Gebiete der Kriminalität.

19. Mai 1928. Frau Dr. H. Deutsch (Wien, a. G.): Über Agoraphobie. (Erschienen im vorigen Heft dieser Zeitschr.)

1. Juni 1928. Dr. I. Hollós: Über einige Ergänzungen des Freudschen psychischen Schemas.

14. Juni 1928. Mütter-Tagebücher (Fortsetzung). Dr. S. Pfeifer: Autoerotismen bei zwei Mädchen.

*

Der Unterrichtsausschuß veranstaltete folgende Vorträge für Ärzte und Mediziner:

1. Dr. I. Hollós: Traumdeutung. (5 Vorträge.)
2. Dr. M. J. Eisler: Hysterie und Zwangsneurose. (3 Vorträge.)
3. Dr. M. Bálint: Seminar über Onanie und verwandte Probleme. (5 Abende.)

Dr. Imre Hermann,
Schriftführer

New York Psycho-Analytical Society

II. Quartal 1928

24. April 1928. Dr. A. Lorand: Religiöse Riten in psychoanalytischer Beleuchtung. — Dr. G. Zilboorg: Psychoanalytische Studie einer Schizophrenie.

In der Geschäftssitzung beauftragt Dr. Brill die Herren Drs. Jelliffe, Lewin und French anläßlich des Todes von Dr. H. L. Carncross das Beileid der Vereinigung auszusprechen.

29. Mai 1928. Klinische Mitteilungen von Drs. Lewin, Lorand, Kardiner, Oberndorf, Stern und Brill. Diese Mitteilungen betreffen Fragen, die augenblicklich im Mittelpunkt des Interesses stehen. Die Diskussion berührt technische Probleme und klinische Beobachtungen.

*

Mit dieser Sitzung beginnen die Sommerferien. Die Sitzungen des ersten Halbjahres 1928 (abgehalten in der N. Y. Academy of Medicine) waren von den meisten Mitgliedern und zahlreichen ärztlichen Gästen aus New York und Umgebung besucht. — Der Educational Trust Fund, der zurzeit ein Kapital von fast 7000.— Dollar auszuweisen hat, gibt Aussicht auf eine Erweiterung in der Unterrichtstätigkeit der Gesellschaft. Die vom Unterrichtskomitee veranstalteten Vorlesungen für Ärzte waren gut besucht. Eine ähnliche Vorlesungsserie ist für das nächste Unterrichtsjahr geplant. Verschiedene Mitglieder der Vereinigung erhielten Aufforderungen zu Vorträgen in den ärztlichen Vereinigungen New Yorks, an Universitäten und Colleges. Aus Anlaß seiner 25jährigen ärztlichen Tätigkeit wurde unser Präsident Dr. A. A. Brill am 11. April 1928 durch ein Festessen im Columbia University Club gefeiert. Anwesend waren alle führenden Psychiater und Neurologen, Mitglieder der Fakultäten der größeren Universitäten sowie mehrere geladene Mitglieder der Psychoanalytischen Vereinigung.

Dr. Philipp R. Lehrman,
Sekretär

Société Psychanalytique de Paris

II. Quartal 1928

3. April 1928. Monot-Herzen (a. G.) spricht über „Kunst und Psychoanalyse". Die künstlerische Aktivität entspringt immer einem psychologischen Phänomen. Er meint, man könne in den Bildern von Leonardo auch die Symbolik der „comagnonischen Initiation" erkennen, die neben der analytischen Symbolik besteht. Er spricht über die psychoanalytische Erklärungsmöglichkeit der Mimik.

8. Mai 1928. Herr Germain (a. G.) hält einen Vortrag über „Musik und das Unbewußte". Vortragender bespricht die verschiedenen Ausdrucksmöglichkeiten, deren sich die Musik bedient, um die mächtigen Affekte in den Zuhörern hervorzurufen. Die Musik hat ursprünglich magische Bedeutung, wobei dem Rhythmus die aktive, der Melodie die passive Rolle zugeschrieben wird. Sie erlaubt eine Rückkehr zu psychischen Zuständen der Zeit vor der Entwöhnung (hypnotische Wirkung des Wiegens), sie hat auch eine ausgesprochen erotische Wirkung. Vortragender versucht an Hand von Chopins Werken dessen Mutterleibsphantasien und Todeswünsche zu erkennen.

29. Mai 1928. Dr. Sachs (a. G.) spricht über einen besonders interessanten Fall eines jungen Mädchens. Es ist dem Vortragenden dank besonderer Umstände, auf die er hinweist, gelungen, in 14 Analysenstunden die ganze Libidoentwicklung des jungen Mädchens zu erkennen, und zwar in einer Weise, die Unsicherheiten der Deutung ganz ausschließt. Die Besonderheit des Falles liegt in einem vollständigen Fehlen der genitalen Libido und einer ausgesprochen sadistischen Fixierung.

Dr. Allendy,
Sekretär

PSYCHOPATHIC HOSPITAL BOSTON LIBRARY

Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

II. Quartal 1928

26. April 1928. Aufnahmen: Frau G. Behn-Eschenburg, Küsnacht-Zürich; Herr Dr. med. H. Steiner, Zürich.

Referat Zulliger „Über einen Maskenbrauch im Lötschental". (Wird publiziert.) Diskussion: Frau Behn, Blum, Furrer, Grüninger, Kielholz, Sarasin, Steiner.

Referat Blum „Ein Traum und ein Witz". Ein Patient bringt als Einfall zu einem Traum einen Witz. Psychologische Gleichheiten und Verschiedenheiten zwischen Traum und Witz. Weshalb Einfall in Witzform — Übertragungssituation. Material zu Traum und Witz kommen später zum Durchbruch, weisen alle Kriterien des „Komischen" auf. Parallelen, die zwischen den Situationen von Witz und Hypnose sich ergeben, dynamisch und ökonomisch (Masse zu zweit, Abreaktion-Katharsis), können nur angedeutet werden.

Diskussion: Furrer, Sarasin, Steiner, Zulliger.

11. Mai 1928. Der U.-A. teilt seinen Beschluß mit, in Bern einen Vortragszyklus abzuhalten.

Vortrag Dr. Steiner: „Über eine Schreibstörung im Gefüge einer Neurose." Ein Patient zeigt u. a. auch das Symptom einer Schreibstörung. In ihm kondensieren sich alle Züge seiner gesamten Neurose und ein jedes Detail an ihr hat bestimmten Sinn und ist mehrfach determiniert.

Diskussion: Behn, Frau Behn, Blum, Furrer, Hofmann, Zulliger.

9. Juni 1928. Vortrag Dr. Hárnik (Berlin, a. G.): „Das Problem der religiösen Konflikte in der psychoanalytischen Therapie." Am konkreten Krankheitsbilde einer Patientin werden die religiösen Konflikte während der Analyse dargestellt, auf ihre Ursachen im frühkindlichen Alter zurückgeführt und aufgelöst. Daran knüpfen sich theoretische Einsichten.

Diskussion: Frau Behn, Behn, Blum, Christoffel, Hofmann, Pfister, Pfenninger, Sarasin, Steiner, Zulliger.

10. Juni 1928. Ausflug der Gesellschaft nach dem Landerziehungsheim Hof-Oberkirch, wo unser Mitglied, Herr Direktor Tobler, in kurzem Referate zeigt, wie er seine Zöglinge in psychoanalytischem Sinne zu erziehen bestrebt ist.

15. Juni 1928. Vortrag Dr. Hárnik (Berlin, a. G.): 1) „Bericht über die Ausbildung der Pädagogen in der Psychoanalyse in Berlin." 2) „Über den Widerstand in der Traumdeutung." Es wird an einem Beispiele gezeigt, wie in diesem Falle der Widerstand gegen die Traumdeutung begründet war, analysiert und so beseitigt wurde.

Diskussion: Frau Behn, Behn, Blum, Furrer, Pfister, Sarasin, Steiner, Zulliger.

6. Juli 1928. Aufnahme: Dir. Dr. Repond von der Heilanstalt Malévoz (Wallis).

Vortrag Prof. Pfister: „Analyse einer Hexe des 20. Jahrhunderts." Eine Frau, die im Volksglauben als Hexe galt und mit sämtlichen äußerlichen „Zeichen" einer solchen ausgestattet war, konnte in einer Anzahl Sitzungen

untersucht werden. Was sie preisgab, wird mit kulturhistorischem Material verglichen und psychoanalytisch gesichtet.

Diskussion: Blatter, Blum, Hofmann, Sarasin, Tobler.

Unterricht:

Der Unterrichtsausschuß behandelte den Entwurf der I. P. V. für die Ausbildungsbedingungen zur Psychoanalyse und veranstaltete in Bern im Mai und Juni einen 7 Abende dauernden Kurs zur Einführung in die Psychoanalyse. Es sprachen:

1. Pfr. Dr. O. Pfister: Möglichkeiten und Anwendungsgebiet der Psychoanalyse.
2. Dr. med. H. Behn: Das Unbewußte.
3. Dr. med. Ph. Sarasin: Der Traum.
4. Dr. med. E. Blum: Die Entwicklung der gesunden und kranken Seele.
5. Dr. med. E. Blum: II. Teil des Vortrages.
6. H. Zulliger: Psychoanalyse und Pädagogik.
7. H. Zulliger: Psychoanalyse und Erziehung.

Die Vorträge waren von 120 bis 150 Zuhörern, Ärzten, Lehrern, Eltern und Studenten, besucht. Die Presse zeigte Interesse und Befriedigung mit der Veranstaltung.

Tätigkeit einzelner Mitglieder:

Pfarrer Dr. O. Pfister:

Januar 1928. „Die Bedeutung des Unbewußten für die Berufswahl." Vortrag mit Diskussion bei Anlaß eines von der Jugendpflege des Kantons Zürich veranstalteten Kurses für Berufsberater. Zürich, Hochschule.

Februar 1928. „Das Wesen der Tiefenpädagogik." — „Die alten Methoden im Lichte der Psychoanalyse." — „Die Anwendung der Psychoanalyse in der Erziehung." 3 Vorträge vor 700 Hörern der Akademischen Lehrerfortbildungskurse in Buer (Westfalen). — „Erziehungsfehler und ihre Nachwirkungen." Kirche Artstetten bei Zürich, auf Einladung der Schulpflege.

Mai 1928. „Die Unentbehrlichkeit der Tiefenseelsorge." Geistlichkeitskapitel des Bezirkes Zürich.

Dr. med. E. Blum:

März 1928. Zwei Vorträge über Psychoanalyse am Sender des Berner Radio, ein Vortrag vor der Museumsgesellschaft Bern.

Zulliger:

Januar 1928. Elternabende in Burgdorf, Worb, Thun, veranstaltet von Bildungsausschüssen oder Schulpflegen. Thema: „Kinderfehler und Elternfehler."

Januar bis März 1928. „Psychoanalytische Erziehung", 8 Abende, Kurs für Eltern, veranstaltet vom Sozialdemokratischen Bildungsausschuß Bolligen, Bern.

Juni 1928. „Psychoanalyse und Erziehung." Kurs von 4 Nachmittagen vor der Lehrerschaft des Amtsbezirkes Erlach in Ins.

Hans Zulliger,
Schriftführer

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

II. Quartal 1928

4. April 1928. Vortrag Dr. Theodor Reik: Zur Psychoanalyse des Schreckens. Ein Traum von Geständniszwang. (Erscheint in Buchform — in einem Sammelband „Unbewußte Gewissensangst" — im Int. PsA. Verlag.)

Diskussion: Federn, Nunberg, Reich, Sadger, Sperling (a. G.).

18. April 1928. Vortrag Dr. Wilhelm Reich: Probleme der analytischen Technik. (Autoreferat nicht eingelangt.)

Diskussion: Frau Deutsch, Federn, Wälder.

2. Mai 1928. Vortrag Dr. H. Nunberg: Zur Theorie der psychoanalytischen Therapie. (Erscheint in diesem Heft.)

Diskussion: Bibring, Doz. Deutsch, Frau Deutsch, Federn, Reich, Sterba, Wälder, Wittels.

16. Mai 1928. Kleine Mitteilungen und Referate.

1. Frl. Anna Freud: Bericht über eine Berliner Diskussion der Frage der psychoanalytischen Ausbildung von Pädagogen. (Referent: Dr. S. Bernfeld, Korreferent: Anna Freud.)

Bernfeld skizzierte die Beziehungen zwischen Pädagogik und Psychoanalyse, die Abhängigkeit der Pädagogik von soziologischen, statt psychologischen Momenten, die Rolle, welche die Psychoanalyse in der Pädagogik einer sozialistischen Gesellschaft zu spielen berufen wäre. — Anna Freud schilderte die Erziehung und Umwandlung der Tätigkeit des Pädagogen durch seine eigene Analyse analog der Umwandlung eines Patienten nach durchgeführter Analyse. Zukunftsbild einer „analytischen Pädagogik" im Sinne der Anschauungen, wie sie die „Zukunft einer Illusion" vertritt. — Die Diskussion in der Berliner Gruppe ergab große Differenzen in den Ansichten der verschiedenen Mitglieder.

Diskussion: Federn, Kris (a. G.), Nunberg, Steiner, Wälder.

2. Dr. Federn: Zur Zielsetzung der psychoanalytischen Erziehung. (Autoreferat nicht eingelangt.)

Diskussion: Frl. Anna Freud.

30. Mai 1928. Vortrag Frau Dr. Ruth Mack Brunswick: Nachtrag zu Freuds „Geschichte einer infantilen Neurose". (Wird in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden.)

Diskussion: Frau Deutsch, Federn, Hitschmann, Nunberg, Reich, Schilder, Sterba.

13. Juni 1928. Kleine Mitteilungen und Referate.

1. Dr. Nunberg: Über einen Fall von Persönlichkeitsspaltung. (Autoreferat nicht eingelangt.)

Diskussion: Frau Deutsch, Federn, Hitschmann.

2. Dr. Wittels: Die „Funktionslust" Bühlers und die Psychoanalyse.

In einer Diskussion über Karl Bühlers Werk: „Die Krise der Psychologie" im Wiener akademischen Verein für medizinische Psychologie stellt Bühler die Forderung auf, seine „Funktionslust" als eine Ergänzung zur Libidotheorie der Psychoanalyse anzuerkennen. Nach einer Definition von Bühlers „Funktionslust" sucht Referent den Nachweis zu erbringen, daß sich der mit diesem Wort gekennzeichnete Begriff unter den der „Vorlust" subsumieren lasse, wobei für das Kindesalter alles, was später zur Vorlust wird, den Charakter

einer Endlust oder besser einer nicht endenden Lust trägt, wie das Schauen, Streicheln, Spielen, Balgen usw. In diese Kategorie gehört auch, was man als „feminine Lustkurve ohne Akme" der schnell ansteigenden, orgastischen und schnell abfallenden „männlichen" Lustkurve gegenübergestellt hat. Bühlers vom Spiele des Kindes her gewonnene Anschauung einer Funktionslust läßt sich somit zwanglos in die Libidotheorie einordnen.

Diskussion: Federn, Reich, Wälder.

3. Frau Dr. Deutsch: Der „erniedrigte" Familienroman. (Autoreferat nicht eingelangt.)

Diskussion: Federn, Nunberg, Reich.

4. Dr. Bibring: Beitrag zur Psychologie der Todesideen bei paranoiden Schizophrenen. (Erscheint in diesem Heft.)

Diskussion: Nunberg, Reich.

27. Juni 1928. Vortrag Dr. Paul Federn: Weitere Bemerkungen über das Ichgefühl und Libidobesetzungen.

Disposition: 1) Der primäre Narzißmus ist ichlibidinöser, der sekundäre objektlibidinöser Natur. 2) Die Ichlibido ist nicht qualitätlos, sie behält vom sexuellen Dimorphismus die Qualität (Form) der Aktivität und Passivität bei. 3) Die Ichgrenzen sind nicht starr, aber jeweilig dadurch bestimmt, daß psychische Vorgänge an die einheitliche primär-narzißtische Besetzung herantreten; das einheitliche Ichgefühl ist durch eine zusammenhängende narzißtische Besetzung unterhalten. 4) Soweit die Libido nicht zu solcher orgasmusähnlicher Befriedigung gelangt, strömt sie auf andere psychische Funktionen ab, welche schon dadurch lustbetont werden. 5) Die sexuelle Befriedigung ist nicht nur ein peripherer Vorgang, sondern auch eine Vereinigung von Libidogrößen verschiedener Qualität im Ich, die dadurch zu bestehen aufhören. 6) Die erwähnten orgasmusähnlichen Libidovereinigungen finden auch bei jeder Wunscherfüllung statt. 7) Alle solche Vereinigungen betreffen jeweilig an denselben Objektinhalt oder an dieselbe Funktion geknüpfte Ich- und Objektbesetzungen. 8) Der Vorgang der Sublimierung findet dadurch statt, daß Widerstände gegen solche orgasmusähnliche Vereinigung von der Ich- und von der Objektlibido aus mit einander entgegenstrebender Libido besetzt werden. 9) Die Triebverdrängung drückt sich in dem Umfang des Körperichgefühles aus. 10) Das Verbleiben der Ichgrenzen auf einer früheren Stufe ist eine der Ursachen von mangelhafter Realitätserfassung, auch wenn keine wirkliche Entfremdung vorliegt. 11) Die Symptombildung geschieht bei der Zwangsneurose von einer aktiv libidinösen, bei der Hysterie von einer passiv libidinösen Ichgrenze aus. 12) Die Grenzen des Ichs sind verschieden resistent gegen außerichliche Ansprüche. Zum Beispiel ist das Mitleid eine Erweiterung der Ichgrenzen bei passivem Ichgefühl. 13) Der Erfolg der Psychoanalyse hängt in jedem Stadium auch davon ab, daß das Ichgefühl, welches zum jeweilig wiedererweckten Objekte gehört, gleichfalls wiedererweckt wird.

Diskussion: Reich, Schilder, Wälder.

Dr. R. H. Jokl,
Schriftführer

MITTEILUNGEN DES „INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VERLAGES“

Unsere Verlagstätigkeit im Jahre 1928

Im Frühjahr erschien der XI. BAND der GESAMMELTEN SCHRIFTEN von SIGM. FREUD mit folgendem Inhalt:

Schriften aus den Jahren 1923—1926 (Die Verneinung — Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds — Hemmung, Symptom und Angst — „Selbstdarstellung“ — Kurzer Abriß der Psychoanalyse — „Psychoanalyse“ und „Libidotheorie“ — Die Widerstände gegen die Psychoanalyse) / Geleitworte zu Büchern anderer Autoren / Gedenkartikel (Ferenczi — An Romain Rolland — Putnam † — Tausk † — A. v. Freund † — Breuer † — Abraham †) / Vermischte Schriften (Zur Psychologie des Gymnasiasten — Vergänglichkeit — Popper-Lynkeus u. die Theorie des Traumes — To the opening of the Hebrew University — Kurze Mitteilungen) / Schriften 1926—1928 (Die Frage der Laienanalyse — Nachwort hiezu — Fetischismus — Der Humor — Nachtrag zur Arbeit über den Moses des Michelangelo — Die Zukunft einer Illusion — Ein religiöses Erlebnis)

Mit 11 Bänden ist das Werk zunächst abgeschlossen. Das Erscheinen eines XII. Bandes (der u. a. das Gesamtregister enthalten wird) ist vorgesehen; der Zeitpunkt des Erscheinens ist jedoch noch nicht festgesetzt.

*

DIE ZUKUNFT EINER ILLUSION von SIGM. FREUD (deren erste Auflage im November des Vorjahres erschienen war) ist im Sommer in der zweiten Auflage (6. bis 16. Tausend) erschienen. (*Geh. M. 2.30, Ganzleinen M. 3.60.*)

*

Für die Teilnehmer am „Deutschen Bibliophilentag“ in Wien (im Rahmen der Generalversammlung der Weimarer „Gesellschaft der Bibliophilen“), 29. September bis 2. Oktober 1928, haben wir als Privatdruck in beschränkter Auflage eine bibliophile Ausgabe auf holländischem Büttenpapier von EINE TEUFELSNEUROSE IM 17. JAHRHUNDERT von SIGM. FREUD herstellen lassen. (Dieser Ausgabe sind sieben Reproduktionen aus jenem Mariazeller Kodex beigegeben, dessen Bericht über die Teufelsbesessenheit und Heilung des Malers Christoph Haitzmann die Grundlage der Freudschen Studie bildet.) Die wenigen noch vorhandenen Exemplare dieses Privatdruckes sind für Mitglieder der I. PsA. Vereinigung reserviert. *Preis eines Exemplares in Ganzleder M. 40.—.*

*

In der Reihe der „Imago-Bücher“ erschien:

Bd. XI) DAS RITUAL. Psychoanalytische Studien von THEODOR REIK. Mit einer Vorrede von Sigm. Freud. (Zweite durchgesehene und ergänzte Auflage der „Probleme der Religionspsychologie“.) *Geh. M. 12.—, Ganzleinen M. 14.—.*

Inhalt: Vorrede von Sigm. Freud — Einleitung — Die Couvade und die Psychogenese der Vergeltungsfurcht — Die Pubertätsriten der Wilden — Kolnidre — Das Schofar (Das Widderhorn).

Bd. XII) ZUR PSYCHOANALYSE DER CHRISTLICHEN RELIGION. Von ERNEST JONES. (Mit einer Kunstbeilage.) *Geh. M. 4.50, Ganzleinen M. 6.—.*

Inhalt: I) Religionspsychologie — II) Der Gottmensch-Komplex. Der Glaube, Gott zu sein, und die daraus folgenden Charaktermerkmale — III) Die Empfängnis der Jungfrau Maria durch das Ohr. Ein Beitrag zur Beziehung zwischen Kunst und Religion — IV) Eine psychoanalytische Studie über den Heiligen Geist.

*

SISYPHOS ODER: DIE GRENZEN DER ERZIEHUNG von SIEGFRIED BERNFELD ist in zweiter Auflage (3. bis 4. Tausend) erschienen. *Geh. M. 5.—, Ganzleinen M. 6.50.*

Aus dem 1919 erschienenen, seither vergriffenen Sammelband von Pfister „Zum Kampf um die Psychoanalyse“, sind einzelne Arbeiten jetzt neu aufgelegt worden, wobei einige seither geschriebene Abhandlungen hinzugefügt worden sind. Es erschienen:

PSYCHOANALYSE UND WELTANSCHAUUNG von OSKAR PFISTER. *Geh. M. 5.60, Ganzleinen M. 7.—.*

Der Band enthält außer der im Titel genannten Abhandlung: Die Illusion einer Zukunft. Eine freundschaftliche Auseinandersetzung mit Prof. Sigm. Freud.

RELIGIOSITÄT UND HYSTERIE. Von OSKAR PFISTER. Mit Kunstbeilagen. *Geh. M. 4.—, Ganzleinen M. 5.50.*

Inhalt: I) Zur Psychologie des hysterischen Madonnenkultus — II) Hysterie und Mystik bei Margareta Ebner — III) Eine Hexe des zwanzigsten Jahrhunderts — IV) Die Religionspsychologie am Scheidewege.

*

Wie in den Vorjahren, erschien auch 1928 im Oktober unser Verlagsalmanach:

ALMANACH 1929 DES INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VERLAGES. Herausgegeben von A. J. Storfer. Mit Kunstbeilagen. *In Ganzleinen M. 4.—, in Halbleder M. 8.—.*

Inhalt: Sigm. Freud: Ein religiöses Erlebnis — Reik: Bemerkungen zu Freuds „Zukunft einer Illusion“ — Bernfeld: Ist Psychoanalyse eine Weltanschauung? — Pfister: Psychoanalyse und Metaphysik — Pfister: Der Schrei nach Leben und die Psychoanalyse — Wälder: Die Psychoanalyse im Lebensgefühl des modernen Menschen — Radó: Die Wege der Naturforschung im Lichte der Psychoanalyse — Hopf: Exakte Naturwissenschaft und Psychoanalyse — Eliasberg: Über sozialen Zwang und abhängige Arbeit — Wulff: Einige Ergebnisse bei einer psychiatrisch-neurologischen Untersuchung von Chauffeuren — Ferenczi: Gulliver-Phantasien — Hitschmann: Zur Psychoanalyse des Misanthropen von Molière — H. Deutsch: Ein Frauenschicksal — George Sand — Ferenczi: Anatole France als Analytiker — Codet und Laforgue: Der Salavin von Georges Duhamel — Lehner: Der Einbruch der Psychoanalyse in die französische Literatur — Sterba: Bemerkungen zum dichterischen Ausdruck des modernen Naturgefühls — Wittels Rache und Richter — Piutti: Identifikation eines zehnjährigen Knaben mit der schwangeren Mutter — Fenichel: Beispiele zur Traumdeutung — Meng: Das Problem der Onanie von Kant bis Freud. — Kunstbeilagen: Porträts von George Sand und Oskar Pfister.

*

Von der „INTERNATIONALEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOANALYSE“ erschien 1928 der XIV. Band. (*Abonnement jährlich M. 28.—.*)

Als Sonderdruck in Buchform aus dem XIV. Band der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse“ (aus dem vorliegenden Hefte) erscheint:

DIE ANALYSE EINES EIFERSUCHTSWAHNES. Von RUTH MACK BRUNSWICK. *Geh. M. 2.40, Ganzleinen M. 3.80.*

*

Von der „IMAGO, Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Natur- und Geisteswissenschaften“, erschien 1928 der XIV. Band. (*Abonnement jährlich M. 22.—.*)

Als Sonderdruck in Buchform aus dem XIV. Band der „Imago“ sind erschienen:

DER MENSTRUATIONSKOMPLEX. Von C. D. DALY. *Geh. M. 2.60, Ganzleinen M. 4.—.*

ZUR SYMBOLIK DER KOPFTROPHÄEN. Von MARIE BONAPARTE. *Geh. M. 2.—, Ganzleinen M. 3.30.*

DIE PUBERTÄTSRITEN DER MÄDCHEN. Von ALFRED WINTERSTEIN. *Geh. M. 3.20, Ganzleinen M. 4.60.*

*

Die monatlich erscheinende „Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik“ (im „Verlag der Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik“, A. J. Storfer, Wien, I., Börsegasse 11) hat im September 1928 ihren II. Jahrgang abgeschlossen. (Das Heft 4/5/6 des II. Jahrganges ist als Sonderheft über „Onanie“, das Heft 11/12 als Sonderheft „Stottern“ erschienen.) Der III. Jahrgang der „Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik“ hat im Oktober 1928 begonnen. (Heft 2/3 des III. Jahrganges erschien im Dezember als Sonderheft „Nacktheit und Erziehung“.) Abonnement jährlich M. 10.—.

*

Der „Internationale Psychoanalytische Verlag“ hat im Frühjahr 1928 seine Geschäftsräume (von Wien, VII., Andreasgasse 3) nach Wien, I., Börsegasse 11, verlegt (in das Gebäude der Wiener Börse).